THEMENBAND

Johanne Pundt
Karl Kälble (Hrsg.)

Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte



Johanne Pundt, Karl Kälble (Hrsg.)

Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte



Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 5. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte facettenreich um weitere Perspektiven.

1. Auflage 2015

Projektmanagement: Dr. Petra Becker, Bremen
Lektorat: Gabriele Staupe, Wiesbaden; Stephanie Kolhosser-Bruns, Bremen; Franziska Riedel, Bremen
Korrektorat: Astrid Labbert, Bremen
Umschlaggestaltung, Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Cover: © Ilka Lange
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
htpp://dnb.d-nb.de

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-16-7

http://www.apollon-hochschulverlag.de

Johanne Pundt, Karl Kälble (Hrsg.)

Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte



Inhalt

III Interprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen und Herausforderungen der gesundheitsberuflichen Arbeitswelt

V Der andere Blick auf das Thema

Vorwort

Das Gesundheitswesen ist heute mit über fünf Mio. Erwerbstätigen und 300 Mrd. Euro Umsatz der größte Wirtschaftszweig und damit auch der dominierende Infrastruktursektor in Deutschland. Gesundheitsberufe haben deshalb eine hohe gesellschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung, die auch noch zunehmen wird. Immer dann, wenn in den Medien oder in Fachkreisen über die Probleme in der Gesundheitsversorgung diskutiert wird, stehen auch die Gesundheitsberufe und deren Aufgabenbereiche im Blickpunkt des Interesses.

Die strukturellen, rechtlichen, ökonomischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen sind in einem engen Zusammenhang mit den Auswirkungen des demografischen und sozialen Wandels und dem sich neu sortierenden Krankheitsspektrum zu sehen. All dies verlangt nicht nur nach einer grundsätzlichen Anpassung der Versorgung durch das Gesundheitssystem. Letztendlich beeinflussen diese Auswirkungen auch die Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen tätigen Menschen. Die Profile und Rollen der personenbezogenen Dienstleistungsberufe in der Gesundheitsversorgung können sich dem Wandel nicht entziehen. Die Menschen, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind, erfüllen für den Patienten bzw. die Patientin wichtige Aufgaben. Sie stehen dafür ein, dass die Versorgungsqualität gesichert und optimiert wird.

Wie die Beiträge in diesem Band zeigen, sind die Arbeitsbedingungen, -umfelder, -anreize und -anforderungen einem schnellen Wandel unterworfen. Es ist ein Trend zu erweiterten Handlungs- und Verantwortungsoptionen festzumachen. Tradierte Tätigkeitsfelder müssen sich den veränderten Bedingungen stellen und sind dementsprechend auch teilweise neu zu definieren. Es ist somit auch nicht verwunderlich, dass in diesem Kontext auch Fragen zur beruflichen Bildung, zu Qualifikations- und Kompetenzentwicklungen sowie zum Akademisierungs- und Professionalisierungsdiskurs der verschiedenen Gesundheitsberufe eine bedeutende Rolle spielen. Dies alles geschieht in Zeiten, in denen ein Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal im Bereich Medizin, Pflege, Therapie, Betreuung, Beratung und Prävention immer offensichtlicher wird. Zudem steigt der Anspruch an eine stärker kooperativ organisierte und vernetzte Gesundheitsversorgung und damit an eine Kultur des Zusammenwirkens.

Diese kurz umrissene Ausgangslage ist für die beiden Herausgeber des hier vorliegenden umfassenden und umfangreichen Themenbands Grund genug, die skizzierten Trends der Versorgungs-, Berufs- und Bildungsprozesse von Fachleuten aus verschiedenen Disziplinen erläutern

und analysieren zu lassen, sie aus internen und externen wissenschaftlichen und gesundheitsberuflichen Blickwinkeln zu veranschaulichen und nicht zuletzt auch die Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation der beteiligten Berufsrollen und Tätigkeitsprofile sowie der Arbeitsfelder kritisch zu diskutieren. Die Herausgeber versäumen es dabei nicht, explizit darauf hinzuweisen, dass zahlreiche Fragen im Umfeld der wissenschaftlichen Debatte um gesundheitsberufliche Bildungskonzepte noch lange nicht beantwortet sind. Es besteht auch weiterhin ein intensiver Handlungsbedarf für weitere Reformen in der gesundheitsbezogenen Berufswelt.

Die von hochkarätigen Autorinnen und Autoren geschriebenen 19 Beiträge fassen den aktuellen Forschungsstand kompakt und professionell zusammen und verdeutlichen den derzeitigen Stand der geführten Debatte. Alle Beiträge und besonders auch der einleitende Artikel der beiden Herausgeber bieten einen hervorragend strukturierten Überblick über die Theorie-, Forschungs- und Ausbildungslandschaft der Gesundheitsbranche. Der Leser und die Leserin erfahren, wie dynamisch, chancenreich und innovativ, aber gleichzeitig auch wie instabil, brisant und ambivalent die Berufs- und Bildungswirklichkeit im Gesundheitswesen für die verschiedenen Akteure heute ist.

Bislang fehlte ein aktueller und umfassender interdisziplinärer Überblick über den bis heute diskutierten Forschungs- und Praxisstand der personenbezogenen Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen. Dieser Band schließt nun diese Lücke und übernimmt die längst überfällige Bestandsaufnahme der aktuellen Entwicklungen im Feld der Berufe des Gesundheitssystems. Darüber hinaus schafft er es, diese Entwicklungen theoretisch zu fundieren. Das Buch regt zu einer intensiven und vertiefenden Auseinandersetzung mit der Thematik an.

Den beiden Herausgebern und dem Autorenteam ist mit diesem Werk eine ausgereifte Publikation gelungen. Ich bin mir zum einen sicher, dass damit die Auseinandersetzung über das komplexe Thema „Gesundheitsberufe“ vorangetrieben wird. Und ich bin mir zum anderen auch sicher, dass das Buch aufgrund der exzellenten Qualität der Beiträge eine weite Verbreitung in der Fachwelt sowie in den verschiedenen Disziplinen und Studiengängen des Gesundheitswesens erfahren wird.

KLAUS HURRELMANN
Professor of Public Health and Education, Hertie School of Governance in Berlin

Einleitung

Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte

KARL KÄLBLE; JOHANNE PUNDT

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen, die auch das Berufsfeld der „personenbezogenen Dienstleistungsberufe" in der Gesundheitsversorgung und ihre qualifikatorischen Voraussetzungen betreffen. Vor dem Hintergrund des Strukturwandels in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen analysieren und diskutieren die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands *„Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte"* aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlicher Akzentsetzung sowohl theoretische Grundlagen (siehe → Kap. 1) als auch aktuelle berufs- und bildungsstrukturelle Entwicklungen und Perspektiven im Wandel der personenbezogenen Dienstleistungsberufe in der Gesundheitsversorgung. Im Blickpunkt stehen überwiegend das Gesundheitswesen und die Gesundheitsberufe in Deutschland (siehe → Themenblock II), in einigen Beiträgen werden auch europäische Länder in den Blick genommen (siehe → Kap. 1 und 12). Darüber hinaus werden Aspekte einer Neuverteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten (siehe → Kap. 15), Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit (siehe → Kap. 13), Herausforderungen der gesundheitsberuflichen Arbeitswelt (siehe → Kap. 14), die Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsberufen (siehe → Themenblock IV), das Lehren und Lernen mit netzbasierten neuen Medien (siehe → Kap. 18) sowie De- und Reprofessionalisierungstendenzen im Wandel des Arztberufs (siehe → Kap. 19) thematisiert und analysiert.

In dieser Einleitung skizzieren wir zunächst die Rahmenbedingungen des Strukturwandels im Gesundheitswesen. Danach wird der Versuch unternommen, das Verständnis des Begriffs der Gesundheitsberufe (zumindest für diese Publikation) zu klären und die Zielsetzung des Themenbands erläutert. Abschließend wird die Gliederung vorgestellt und die einzelnen Beiträge werden umrissen.

Die personenbezogenen Dienstleistungsberufe in der Gesundheitsversorgung vor den Herausforderungen des Strukturwandels im Gesundheitswesen

Das System der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland steht seit mind. drei Jahrzehnten unter einen fortdauernden Veränderungs- und Anpassungsdruck. Prozesse des demografischen und sozialen Wandels, der Trend in Richtung Wissensgesellschaft, die epidemiologische Entwicklung, der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt, die veränderten Versorgungsansprüche der Patienten, die zunehmende Durchdringung des Gesundheitswesens mit marktwirtschaftlichen Prinzipien sowie der durch das komplexe Zusammenspiel dieser Entwicklungen bewirkte Anstieg der Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten sind hier wesentliche Faktoren (vgl. Kälble, 2015; Kälble, 2013, S. 161 f.; Manzei/Schmiede, 2014; Hensen, 2011, S. 37 ff.; Hensen et al., 2014; Görres, 2013; WR, 2012, S. 15 ff.). Für die „personenbezogenen Dienstleistungsberufe" in der Gesundheitsversorgung, denen bei der Erhaltung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zukommt (vgl. SVR, 2002; Frenk et al., 2010; WR, 2012; Robert Bosch Stiftung, 2013), resultieren die veränderten Rahmenbedingungen und die damit einhergehenden Entwicklungsdynamiken u. a. in geänderten und erweiterten Handlungs- und Verantwortungsspektren, in neuen Arbeitszuschnitten sowie in erhöhten Wissensanforderungen, die im Gefolge auch neue Qualifizierungserfordernisse bedingen. Zugleich gewinnt die kontinuierliche Anpassung der beruflichen Kompetenzen an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und gesellschaftliche Veränderungen im Sinne des life-long-learning zunehmend an Bedeutung (vgl. WR, 2012; Pundt/Grden, 2012; Robert Bosch Stiftung, 2013). Arbeitsteilung, die fortschreitende berufliche Differenzierung und Spezialisierung, damit verbundene Forderungen nach interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit sowie der gesundheitspolitische Anspruch an eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung erfordern darüber hinaus eine stärker kooperativ organisierte und vernetzte Gesundheitsversorgung und damit eine neue Kultur des Zusammenwirkens, auf die auch im Rahmen der Ausbildung der Gesundheitsberufe reagiert werden muss (vgl. WR, 2012; Robert Bosch Stiftung, 2011a; 2011b; 2013; SVR, 2006; 2008; Pundt, 2012; Kaba-Schönstein/Kälble, 2004). Hinzu kommt der sich abzeichnende Fachkräftebedarf, insbesondere in ländlichen Regionen (vgl. SVR, 2014), bzw. der steigende Bedarf an qualifiziertem Gesundheitspersonal in der Medizin, Pflege, Therapie, Betreuung, Beratung und Prävention. Der zunehmende Mangel an qualifiziertem Personal, Fragen des Berufe- bzw.- Professionenmix, der Vernetzung und integ-

rierten Versorgung sind Herausforderungen, mit denen sich auch die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung verstärkt auseinandersetzen müssen (vgl. SVR, 2014).

Vor diesem Hintergrund ist das Berufsfeld der personenbezogenen Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen seit den 1990er-Jahren in Bewegung geraten (vgl. Kälble, 2006, 2008, 2009, 2012). In den berufs- und bildungsbezogenen Debatten im Gesundheitswesen besteht bis heute weitgehend Konsens darüber, dass die den gewandelten Anforderungen entsprechenden Qualifikationspotenziale und flexiblen Qualifikationsmuster – nicht zuletzt durch die bestehenden Bildungs- und Berufsstrukturen bedingt – derzeit trotz der intensiven Reformanstrengungen und Qualifikationsentwicklungen in den vergangenen Jahrzehnten (vgl. Bollinger et al., 2005; Pundt, 2006; Matzick, 2008) nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen bzw. die vorhandenen Qualifikationen in vielerlei Hinsicht nicht modernen Standards entsprechen (vgl. SVR, 2002; Frenk et al., 2010; WR, 2012; Robert Bosch Stiftung, 2013; SVR, 2014, S. 533 ff.). Gleichwohl sind neue und weitergehende Entwicklungen im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungsberufe und ihren Qualifikationen zu verzeichnen, die im Rahmen der vorliegenden Publikation thematisiert und aufgearbeitet wurden.

Angesichts der beschriebenen Veränderungen ist anzunehmen, dass das Arbeitsfeld Gesundheit weiter expandiert und sich auch weiter ausdifferenzieren wird. Dabei entstehen für die unterschiedlichen personenbezogenen Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen neue Perspektiven und ebenso Chancen einer Neubestimmung bzw. Neuprofilierung. Mit der zunehmenden beruflichen Arbeitsteilung wächst zugleich die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit, auf die sich alle Berufe einstellen müssen. Zu erwarten ist, dass sich der Trend in Richtung einer weitergehenden Akademisierung der Gesundheitsberufe ebenso fortsetzen wird, wie die kontroversen Debatten um eine Neuaufteilung der Aufgaben innerhalb der Gesundheitsversorgung. Ein konsensfähiger Gesamtplan für eine zukunftsfähige Aufgaben(neu)verteilung und für eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit der personenbezogenen Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen ist bislang allerdings nicht zu erkennen.

Was sind Gesundheitsberufe? – Versuch einer terminologischen Klärung

Eine einheitliche und auch wissenschaftlich konsensfähige Definition des Begriffs Gesundheitsberufe gibt es nicht (vgl. z. B. SVR, 2008, S. 71 ff.; BMG, 2014; siehe auch → Kap. 4). Häufig werden Berufe, die in unterschiedlichen Funktionen im Gesundheitswesen tätig sind, als Gesundheitsberufe bezeichnet (das Spektrum reicht vom Reinigungs- und Küchenpersonal in Kranken-

häusern bis hin zu Ärzten), ohne dass eine Abgrenzung oder eindeutige Erklärung folgt, welche speziellen Berufe in Abgrenzung zu anderen Berufen als Gesundheitsberufe zu verstehen sind. Entsprechend notwendig ist der Versuch einer terminologischen Klärung, was unter dem Begriff Gesundheitsberufe zu verstehen ist oder damit gemeint sein könnte, bzw. welche Berufe die Herausgeber unter diesen Begriff subsumieren.

Eine mögliche Unterscheidung in akademische und nicht akademische Gesundheitsberufe ist nicht unproblematisch, da eine bestimmte Anzahl von traditionell nicht akademischen Gesundheitsfachberufen (insbesondere Pflege- und Therapieberufe) inzwischen in einen Prozess der Akademisierung eingetreten ist (vgl. Friesacher, 2013; Küther, 2013; siehe auch → Kap. 5 und 9). Zudem berechtigen sogenannte Modellversuche zu einer Ausbildung an einer Hochschule, die „primärqualifiziert" die Arbeit am Patienten ermöglicht (vgl. Kälble, 2013).

Fragt man nach einer Kategorisierung, können die Berufe des Gesundheitswesens u .a. in folgende Gruppen eingeteilt werden: in geregelte Gesundheitsberufe und nicht geregelte Gesundheitsberufe (siehe → Kap. 8). Die *geregelten Gesundheitsberufe* werden zum einen durch Bundesrecht und zum anderen im Landesrecht geregelt. Dabei gilt der Grundsatz, dass die Länder Gesundheitsberufe dann regeln dürfen, wenn der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz keinen Gebrauch macht (dies gilt insbesondere im Bereich der Weiter- und Fortbildung). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckt sich auf die Bereiche:

- ärztliche und andere Heilberufe, z. B. Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Apotheker
- bestimmte Gesundheitsfachberufe, z. B. Pflege- und Therapieberufe
- Berufe nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG), z. B. Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte; sie werden nicht den sogenannten „Heilberufen" zugeordnet
- Berufe nach der Handwerksordnung (HWO), z. B. Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhtechniker, Orthopädiemechaniker, Bandagisten und Zahntechniker; die Zuständigkeit für diese Berufe obliegt dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz darf der Bund die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen regeln. Zu den Heilberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit „durch die

Arbeit am und mit dem Patienten" gekennzeichnet ist.[1] Allen Heilberufen gemeinsam ist, dass das Führen der Berufsbezeichnung geschützt wird: Die Berufsbezeichnung darf nur mit einer Approbation oder Berufserlaubnis geführt werden. Der Bund regelt allerdings nur die sogenannte Erstzulassung zum Beruf. Fort- oder Weiterbildungsregelungen sind Aufgabe der Länder. Insgesamt existieren mindestens 149 landesrechtlich geregelte Weiterbildungsabschlüsse für nicht akademische Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen (vgl. SVR, 2008, S. 75).

Alle Gesundheitsberufe, deren Ausbildung nicht bundes- oder landesrechtlich geregelt ist, zählen zu den *nicht geregelten Gesundheitsberufen*. Sie werden demzufolge auch nicht den sogenannten staatlich anerkannten Berufen zugerechnet. Insbesondere Berufe aus dem Fitness-, Wellness- oder Körperpflegebereich sind keine reglementierten Heilberufe (siehe → Kap. 11) und werden somit ebenso wenig zu den staatlich anerkannten Berufen gezählt. Das gilt auch für viele hochschulische Qualifikationen (vgl. BMG, 2014). Das breite Spektrum von Disziplinen und Behandlungsmethoden, die unter den Begriffen Komplementärmedizin, Alternativmedizin (angloamerikanisch „Complementary and Alternative Medicine"; CAM), Ganzheitsmedizin, Integrative Medizin, Naturheilkunde, traditionelle Medizin oder sonstige Methoden zusammengefasst werden, zählt in der Regel ebenfalls nicht zu den staatlich geregelten und staatlich anerkannten Gesundheitsberufen. Diese basieren auf anderen, wissenschaftlich zumeist äußerst umstrittenen bzw. fragwürdigen Modellen der Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung als jene der Schulmedizin. Häufig fehlt der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit im Sinne der evidenzbasierten Medizin. Ihre Anwendungen beruhen zumeist auf Erfahrung und subjektiver Beurteilung von Patientinnen und Patienten sowie der Behandelnden (dies könnte man als anekdotische Evidenz bezeichnen). Daher ist die Abgrenzung zwischen Placebo-Effekt, der für den Krankheitsverlauf durchaus nützlich sein kann und oft auch bei schulmedizinischer Behandlung genutzt wird, und Wirksamkeit schwierig (vgl. z. B. BMG [Österreich], 2012). Das derzeitige Feld der komplementären und traditionellen Heilmethoden ist in seiner Heterogenität kaum noch zu überblicken. Unübersehbar ist aber, dass das Spektrum der Alternativ- bzw. Komplementärmedizin zunehmend nachgefragt wird, kritische wissenschaftliche Positionen finden diesbezüglich kaum noch Gehör (vgl. z. B. Haustein et al., 1998).

Eine weitere Differenzierung der Gesundheitsberufe kann anhand von Tätigkeiten vorgenommen werden. Das Statistische Bundesamt unterscheidet, wenn auch nicht durchgehend

1 Zu den ca. zwei Dutzend bundesrechtlich geregelten Gesundheitsberufen vgl. BMG, 2014.

nachvollziehbar, wie folgt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013; vgl. auch Borgetto/Kälble, 2007, S. 130 ff. sowie → Kap. 4):

- Gesundheitsdienstberufe, die in der „unmittelbaren Gesundheitsversorgung tätig sind", z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger
- soziale Berufe, darunter werden vom Statistischen Bundesamt die Berufe Altenpfleger, Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen, nicht jedoch die „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen" und die „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen" subsumiert (vgl. Kälble, 2015 i. D.)
- Gesundheitshandwerker (siehe oben)
- sonstige Gesundheitsfachberufe, sie setzen sich aus Pharmakanten, Gesundheitsingenieuren, Gesundheitstechnikern, pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten und den gesundheitssichernden Berufen zusammen
- andere Berufe im Gesundheitswesen, z. B. Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern

Das Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung" des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vgl. SVR, 2008) hat Gesundheitsberufe bzw. Heilberufe als „Berufe innerhalb des Versorgungssystems, deren Tätigkeitsinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten" (SVR, 2008, S. 72), definiert. Dabei wird von einem Gesundheitswesen ausgegangen, in dem die Patientenversorgung in der Hauptverantwortung von Ärzten liegt, die zur Erfüllung dieser Aufgabe auch andere, dem Arzt helfende und assistierende Berufsgruppen hinzuziehen können. Nach diesem Verständnis stellt der Begriff Gesundheitsberuf einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen, patientenorientierten (einschließlich ärztlichen) Berufsgruppen dar. Im Zentrum der Gesundheitsberufe stehen dabei die Heilberufe, bei denen – wie erwähnt – zwischen ärztlichen und anderen Heilberufen unterschieden werden kann.

Der Wissenschaftsrat bezeichnet Berufe mit unmittelbarem Patientenbezug als Berufe der Gesundheitsversorgung bzw. Gesundheitsversorgungsberufe. Der Begriff Gesundheitsfachberufe wird dabei für diejenigen Gesundheitsversorgungsberufe verwendet, die über eine staatlich geregelte Ausbildung verfügen, „für deren Ausübung – im Gegensatz zum ärztlichen und zahnärztlichen Beruf – eine hochschulische Ausbildung rechtlich nicht erforderlich ist" (WR, 2012,

S. 12). Hierzu zählen z. B. die Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege), die Therapieberufe (Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie) sowie die Hebammen und Entbindungspflegerinnen.

Da eine allgemeine, einheitliche und systematisch aufgebaute Begrifflichkeit für die im Gesundheitswesen tätigen oder beteiligten Berufe nicht vorliegt, wurde von den Herausgebern – bezogen auf die einzuwerbenden Beiträge – der Begriff der personen- und patientenbezogenen Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen (als Grundlage) favorisiert (bzw. das Verständnis auf diese Berufe begrenzt), der auch einen kritischen Blick auf die wissenschaftlich umstrittenen, nicht konventionellen Qualifikationen (und Berufe) ermöglicht.

Entstehungshintergrund und Zielsetzung des Themenbands

Intention der Herausgeber ist, mit diesem Themenband theoretische Grundlagen und aktuelle berufs- und bildungsstrukturelle Entwicklungen und Entwicklungsmöglichkeiten im Wandel der Gesundheitsberufe (sowie angrenzende Themen) zu beleuchten. Für diese Intention gibt es folgende Ursachen und Hintergründe: Zum einen wurde in den letzten zehn Jahren immer offensichtlicher, dass sich die gegenwärtigen ökonomischen, gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Veränderungen vor allem auch auf die Berufe auswirken, die im Gesundheitswesen personenbezogene Dienstleistungen für oder am Patienten erbringen. Entsprechend avancierten die Gesundheitsberufe in den vergangenen Jahren zum Gegenstand zahlreicher Gutachten, Stellungnahmen und Buchpublikationen. Parallel dazu wurden und werden Expertentagungen, Workshops und Kongresse initiiert und durchgeführt, die das Thema Gesundheitsberufe zumeist vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitswesens debattierten und immer noch debattieren. An einigen dieser Veranstaltungen haben die Herausgeber dieser Publikation teils aktiv, teils passiv teilgenommen. Diese Teilnahmen und die dort geführten Diskussionen haben ebenfalls dazu beigetragen, sich intensiver mit dem Thema *„Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte"* zu befassen bzw. die Herausgabe eines Buchs zu diesem Thema in Erwägung zu ziehen. Zum anderen beteiligen sich beide Herausgeber seit den frühen 1990er-Jahren in Form von Publikationen und Tagungsbeiträgen aktiv an den Diskussionen zum Thema. Vor diesem Hintergrund und den guten Kontakten zu Netzwerken und Akteurinnen und Akteuren aus Hochschulen, Wissenschaft und Forschung, die sich mit den angesprochenen Thematiken beschäftigen, war es naheliegend in Form einer Publikation, den Versuch einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Entwicklungen in den Gesundheitsberufen zu unternehmen.

Einige jüngere Meilensteine zum Thema Entwicklung der Gesundheitsberufe und gesundheitsberuflichen Bildungskonzepte sollen hier kurz in Erinnerung gerufen werden bzw. Erwähnung finden:

- Der Wissenschaftsrat hält es in den 2012 publizierten *„Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“* für zunehmend wichtig, dass die mit komplexen Aufgaben befassten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in Pflege, Therapie und Versorgung ihr Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse reflektieren, die verfügbaren Handlungsmöglichkeiten evidenzbasiert prüfen und das eigene Handeln entsprechend anpassen können. Betrachtet man die Konstituierung neuer (akademisierter) Berufsgruppen (z B. im Pflege- und Therapiebereich) bedarf dieser Aspekt weiterer Beachtung. Dazu gehören die Klärung der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche und die Vernetzung der Berufsgruppen untereinander. Gerade dieser Impuls benötigt nach Auffassung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen eine differenzierte Betrachtung. Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit wird zukünftig mehr und mehr ein zentrales Anliegen bei der Gestaltung des Gesundheitswesens sein. Dem Wissenschaftsrat (2012) zufolge ist die Fachkräftesicherung zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Pflege, Therapie und Versorgung kranker und älterer Menschen als ein vordringliches Ziel anzusehen, welches neuer Bildungs- und Versorgungskonzepte bedarf, die kreative Lösungsansätze nach sich ziehen sollten, um „reflektierte Praktiker“ in den Arbeitsmarkt zu bringen. Hierbei geht es nicht nur darum, die Akademisierung und Professionalisierung (z. B. der Pflege- und Therapieberufe) auf neue Anforderungen abzustimmen, neue Lern- und Lehrarrangements zu gestalten, Lernorte und Lernprozesse über Bildungs- und Versorgungseinrichtungen hinweg zu vernetzen, sondern auch darum, die berufliche Wirklichkeit in diesem Kontext zu reflektieren. Ein weiterer Gesichtspunkt ist der sorgsame Umgang mit personellen Ressourcen und den Arbeitsbedingungen vor dem Hintergrund der Bologna- und Kopenhagen-Prozesse. So gilt es in den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die vorhandenen Qualifikationsprofile aufeinander abzustimmen und bei der Personalentwicklung die Fragen der Durchlässigkeit zwischen beruflichen und hochschulischen Bildungsprozessen aus dieser Perspektive neu zu fokussieren (vgl. Kälble, 2013).
- Die Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrats veröffentlichte 2012 ein Konzeptpapier mit dem Titel „Forschung in den Gesundheitsfachberufen.

Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland" (Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrats, 2012), in dem der Forschungsbedarf bezogen auf die akademisierten Gesundheitsfachberufe spezifiziert wird und die noch unzureichenden Bedingungen für eine Forschungsentwicklung an Hochschulen beschrieben werden.

- Im Rahmen des seit 2011 bestehenden „Careum Dialog" der Careum Stiftung (Zürich) (http://www.careum.ch/careum-dialog), die durch gezielte Veranstaltungen den Dialog zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens fördert, diskutierten 2012 Vertreterinnen und Vertreter aus den Gesundheits- und Bildungsministerien der Schweiz, Deutschland und Österreich und zentrale Handlungsträger aus Gesundheitswesen und Wissenschaft in der Reihe „Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik" das Thema „Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachleute". Grundlage der Diskussion war die 2010 veröffentlichte Bildungsstrategie zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten der Lancet-Kommission (vgl. Frenk et al., 2010).
- Im Zentrum der Tagung „Die Zukunft der Gesundheitsberufe – Was können die Hochschulen dazu beitragen?", die im November 2012 an der Alice Salomon Hochschule Berlin stattfand, stand folgende Frage: Welche Funktionen können Hochschulen in der Studiengestaltung, Forschung und Entwicklung übernehmen, um die Gesundheitsberufe für die zukünftige Versorgungspraxis hinreichend zu qualifizieren?
- Die Robert Bosch Stiftung lieferte mit ihrem Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung" (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2011b) und der aktuellen Denkschrift von 2013 „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln" (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2013) einen wichtigen Beitrag zum Thema Gesundheitsberufe und interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.
- Der 2013 veröffentlichte Tagungsband „Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress Gesundheitsberufe im Wandel" (vgl. Estermann et al., 2013), handelt von alten, sich wandelnden und neuen, in Entstehung begriffenen Berufen im Krankenhauskontext (Arztberuf, Pflege, Kodierfachkräfte), im Bereich therapeutischer Gesundheitsberufe (Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie, Altenpflege) und im Bereich der Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund demografischer, wirtschaftlicher und kultureller Umbrüche im Gesundheitswesen.

- Die 2013 in Berlin vom Wissenschaftsrat initiierte internationale Tagung „Gesundheitsberufe der Zukunft – Perspektiven der Akademisierung“ knüpfte an die 2012 vom Wissenschaftsrat publizierten „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ an (vgl. WR, 2012). Im Rahmen der Tagung wurden die Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe diskutiert und auch der Frage nachgegangen, welche neuen Anforderungen an der Schnittstelle von Wissenschafts- und Gesundheitssystem entstehen.
- Die jährlich stattfindenden Gremientagungen der „Akkreditierungsagentur im Bereich Gesundheit und Soziales“ (AHPGS) befassen sich regelmäßig mit Fragen der Entwicklung in den Gesundheitsberufen und gesundheitsberuflichen Bildungskonzepten an Hochschulen sowie mit Fragen zu den Schnittstellen von außerhochschulischem und hochschulischem Bildungssystem im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe.
- Im Rahmen des APOLLON Symposiums 2013 diskutierten Wissenschaftler und Praktiker das Thema „Gesundheitsberufe auf dem Prüfstand: Wandel, Trends und Perspektiven“. Mit dem regelmäßig stattfindenden Symposium wurde eine Plattform geschaffen, die es ermöglicht, sich mit den veränderten Arbeitsumfeldern, Arbeitsanforderungen und neuen bzw. gewandelten Tätigkeitsbereichen der Gesundheitsberufe auseinanderzusetzen. Ziel ist, Aspekte der beruflichen Bildung, Qualifikations- und Kompetenzentwicklungen sowie perspektivisch auch die Professionalisierungsprozesse der Gesundheitsberufe in den Fokus der Diskussionen zu rücken.
- Im Januar 2014 wurde ein „Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberuferates“ gegründet, in den Vertreter aus Verbänden, Hochschulen und der Öffentlichkeit eingebunden sind. Die Idee zu diesem Verein entstand im Rahmen der Erarbeitung der Denkschrift der Robert Bosch Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“. Der Nationale Gesundheitsberuferat versteht sich als Plattform zur Verbesserung eines kontinuierlichen Dialogs zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems, der Gesundheitswirtschaft (z. B. den Berufen im Gesundheitswesen, den Kranken- und Pflegekassen, Träger von Gesundheitssozialleistungen und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen) und des Bildungssystems. Insbesondere sollen die originären Interessen der Gesundheitsberufe effizient vertreten werden.
- 2014 wurde eine Studie zur „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) veröffentlicht, in der die Ausbildungen in

16 Gesundheitsfachberufen sowie die damit verbundenen Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofilen vergleichend analysiert wurden. Im Blickpunkt standen dabei die Länder Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich. Die Studie wurde am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Zeitraum 11/2009–03/2013 durchgeführt. Sie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und unter fachlicher Begleitung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) erstellt (vgl. BMBF, 2014; siehe auch → Kap. 12).

Die Autorinnen und Autoren der Beiträge des vorliegenden Themenbands sind Expertinnen und Experten (überwiegend) aus dem Bereich Wissenschaft und Forschung, die sich zum Teil seit Langem mit der Entwicklung sowie der Qualifizierung von Gesundheitsberufen und den Themen Profession und Professionalisierung befassen und diesbezüglich auch publizieren. Ziel der Publikation ist, den Leserinnen und Lesern einen Einblick in die neueren berufs-, professions- und bildungsstrukturellen Entwicklungen und Diskussionen im Zusammenhang mit dem Wandel der Gesundheitsberufe und gesundheitsberuflichen Bildungskonzepte sowie verwandter Themen zu ermöglichen.

Zur Gliederung und zu den Beiträgen

Der vorliegende Themenband besteht aus 19 Beiträgen, die fünf Themenblöcken zugeordnet sind. Die beiden abschließenden Beiträge, bilden dahingehend eine Besonderheit, dass sie durch ihren essayistischen Stil einen anderen Blick auf das Thema erlauben. Dabei hätte insbesondere der Aufsatz von Paul Unschuld auch im ersten Themenblock platziert werden können.

I. (Wider dem) Abschied vom Professionsbegriff? – Professionstheorie auf dem Prüfstand

Professionen nehmen – zumindest aus Sicht der klassischen Professionstheorien – unter den Berufen eine Sonderstellung ein, da ihre Gegenstandsbereiche für die Gesellschaft von essentieller Bedeutung sind. Was genau eine Profession von Berufen unterscheidet und welches ihre konstitutiven Merkmale sind, ist kontrovers und wird in den verschiedenen Varianten der Professionstheorie mit einem jeweils eigenen Fokus bestimmt. Als Professionen gelten in der berufs- und professionssoziologischen Theorietradition zumeist relativ autonome und wissenschaftlich begründete Expertenberufe im Dienstleistungsbereich, die in einem gesellschaftlich relevanten Pro-

blembereich besondere Leistungen für die Gesellschaft und ihre jeweilige Klientel erbringen. Sie zeichnen sich durch Macht und Einfluss sowie durch privilegierte Qualifikations-, Erwerbs- und Kontrollchancen aus. Hervorgegangen aus einem Prozess der Verberuflichung einer gesellschaftlichen Aufgabe verfügen sie über ein weitgehendes Monopol auf einem bestimmten Tätigkeitsbereich (vgl. Abbott, 1988), das in Deutschland vor allem mithilfe des Staates gegen konkurrierende Berufe durchgesetzt wird. Als klassische Professionen gelten Ärzte und Juristen, als Prototyp eines voll professionalisierten Berufs ist der Arztberuf zu sehen (vgl. Kälble, 2006, S. 218 ff.).

Die Sonderstellung und die Bedeutung von Professionen werden heute aber zunehmend (auch in neueren Ansätzen der Professionstheorie) infrage gestellt (vgl. z. B. Helsper/Tippelt, 2011). Aktuell gibt es im Hinblick auf die Begrifflichkeiten und die Konzepte von Profession, Professionalisierung und Professionalität kontroverse Ansichten und Diskussionen. Dies liegt nicht zuletzt auch daran, dass diese Begriffe inzwischen zu „Allerweltsbegriffen" geworden sind und die massenmediale Kritik an Professionellen die Vertrauensgrundlage und Sonderstellung der Professionen destruiert (vgl. Kurtz, 2004; Helsper/Tippelt, 2011). In neueren professionstheoretischen Diskussionen (vereinzelt bereits seit Jahren) wird deshalb insbesondere auch die Frage aufgeworfen und kontrovers diskutiert, „ob Professionen ein historisches Auslaufmodell sind oder geradezu ein strukturelles Erfordernis für moderne und sich reflexiv modernisierende Gesellschaften darstellen" (zur Diskussion vgl. Helsper/Tippelt, 2011, S. 268 ff.). Die Diagnose eines historischen „Absterbens" der Professionen wird beispielsweise aus systemtheoretischer Sicht von Stichweh vertreten (vgl. Stichweh, 1996), während Abbott hingegen ein professionelles System postuliert (vgl. Abbott, 1988). Die Einschätzung der gegenwärtigen Situation ist also widersprüchlich (siehe auch → Kap. 1, 2, 3 und 19). Trotzdem orientieren sich viele Gesundheitsberufe an den Begriffen Professionalisierung und Profession im Sinne von Weg und Ziel ihrer angestrebten Entwicklung.

Vor diesem knapp skizzierten Hintergrund befassen sich die Autorinnen und Autoren des ersten Kapitels aus unterschiedlichen (professionstheoretischen) Perspektiven mit dem Gegenstandsbereich und den Begriffen Profession und Professionalisierung. Im Fokus stehen dabei der Gesundheitsbereich und die Gesundheitsberufe einschließlich der Medizin. Diese Beiträge wurden den folgenden Texten auch deshalb bewusst vorangestellt, weil die soziologischen Kategorien Profession und Professionalisierung im Veränderungsprozess der Gesundheitsberufe immer wieder rezipiert werden. *Ursula Streckeisen* vertritt in ihrem Beitrag die These, dass ein Professionsbegriff, der „Profession" an ein Handlungsproblem bindet, aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen gewinnbringend zu erhellen vermag. Dazu hat sie die wichtigsten Professionsthe-

orien im Hinblick auf den Sachbezug miteinander verglichen. Auf Basis des von ihr erweiterten strukturtheoretischen Professionalisierungsansatzes von Oevermann, bei dem sie den Sachbezug am deutlichsten ausgearbeitet sieht, wird anhand von ausgewählten Thematiken aus dem Bereich der Gesundheitsberufe dargelegt, wie sich dieser Ansatz im Hinblick auf die Erfassung gegenwärtiger Probleme sinnvoll anwenden lässt.

Ausgehend von den institutionellen Bedingungen der Entstehung von Professionen erörtert *Werner Vogd* vor dem Hintergrund der gegenwärtig zu beobachtenden Ökonomisierungs- und Rationalisierungsprozesse die Frage, inwieweit auch in Zukunft professionelle Akteure eine tragende Rolle in der Krankenbehandlung spielen werden. Aus einer systemtheoretisch informierten Perspektive zeigt sich – so seine im Beitrag entwickelte These – dass weder Wissenschaft noch Technik sowie Organisationen oder andere Standardisierungsbemühungen das Bezugsproblem der Professionen aushebeln können. Der professionelle Akteur, der in engem Bezug zum Patienten autonom Entscheidungen treffen kann, wird – wie sein Fazit zeigt – auch in Zukunft unersetzbar sein.

Heinrich Bollinger und *Anke Gerlach* diskutieren die Frage, welchen Stellenwert die im Veränderungsprozess der Gesundheitsberufe immer wieder bemühten Begriffe Profession und Professionalisierung bezogen auf den Arztberuf und die nicht ärztlichen Gesundheitsberufe in Deutschland haben. Sie vertreten und entfalten die These, dass dem Bezug auf die soziologische Professionstheorie ein Missverständnis zugrunde lag und liegt: Die analytischen Konzepte der Professionssoziologie wurden entweder als ein zu erreichendes Ziel (Profession) oder als eine Art berufspolitischer Handlungsanleitung (Professionalisierung) hypostasiert. Sie schlussfolgern, dass der Professionsbegriff als heuristisches Konzept allenfalls dazu taugt, aktuelle Veränderungen des Arztberufs zu erfassen. Die Konstitution der akademischen, nicht ärztlichen Berufe hingegen kann ihrer Auffassung nach besser mit dem Instrumentarium der Berufstheorie untersucht werden.

II. Gesundheitsberufliche Qualifikationen unter Innovationsdruck

Den oben skizzierten gesundheitspolitischen und versorgungsbezogenen Herausforderungen sind, wie eingangs bereits erwähnt, auch die Gesundheitsberufe ausgesetzt. Deshalb gehen mehrere Beiträge in diesem Themenblock folgenden Fragen nach: Welche Folgen haben die veränderten Strukturen der Gesundheitsversorgung und die daraus resultierenden Transformationsprozesse im Gesundheitssystem nach aktuellem Erkenntnisstand für verschiedene patientenbezogene Dienstleistungsberufe im gesundheitlichen Versorgungssystem? Welche Probleme und möglichen

Veränderungen bzw. Perspektiven ergeben sich daraus für die Berufe sowie das Gefüge der Berufe in der Gesundheitsversorgung?

Der Jurist *Gerhard Igl*, der mit seinem Beitrag den zweiten Themenblock eröffnet, ist einer der wenigen Experten in Deutschland, von denen erwartet werden kann, dass sie die aktuelle rechtliche Situation der Gesundheitsberufe umfassend und detailliert darlegen können. Mit Fokus auf die nicht ärztlichen Gesundheitsberufe untersucht der Autor in seinem Beitrag die Struktur und die Regelungsebenen des Gesundheitsberuferechts sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen und möglichen Auswirkungen, die sich durch die hochschulische Qualifikation dieser Berufe ergeben. Auch stellt er die Delegations- und Substitutionsdebatte unter rechtlichen Aspekten dar. In der Konsequenz bringt der Autor Klarheit in die von ihm als „Wirrwarr des Gesundheitsberuferechts" bezeichneten unkoordinierten Entwicklungen.

In ihrer Zwischenbilanz des pflegerischen Professionalisierungsprojekts, die auch aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe berücksichtigt, betrachtet *Eva-Maria Krampe* insbesondere Auswirkungen auf die Pflegeberufe, die sich aus Veränderungen im Gesundheitswesen, durch die Hochschul- und Studienreform, durch die Professionalisierung sowie durch die Bedingungen einer neo-liberalen Gesundheitspolitik ergeben. Zudem wird die in den 1990er-Jahren einsetzende Entwicklung der Studiengänge im Kontext des Bologna-Prozesses diskutiert. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass die mit der Akademisierung der Pflege verbundenen Erwartungen an die Erreichung des Professionsstatus bzw. einer umfassenden Professionalisierung unter den Vorzeichen einer neo-liberalen Gesundheitspolitik kaum zu realisieren sind.

Im Zentrum der Erörterungen von *Mathias Bonse-Rohmann* steht die Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. Die nicht unproblematische Ausgangslage paralleler und teilweise konkurrierender beruflicher und hochschulischer Bildungssysteme nimmt der Autor zum Anlass, die Zielsetzung einer Orientierung an der „Normalität" der beruflichen Aus-,Fort- und Weiterbildung sowohl im Bereich der Gesundheitsfachberufe als auch in der hochschulischen Qualifizierung von Lehrkräften darzustellen. Er analysiert die Frage, inwiefern die Strukturen der Bachelor- und Masterstudiengänge an den Hochschulen nicht nur Herausforderungen mit sich bringen, sondern auch neue Chancen für die Zielgruppen eröffnen. Dabei spannt er einen Bogen von beruflicher Erstausbildung an beruflichen Schulen bis hin zur grundständigen Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Schließlich sieht der Autor langfristig bedeutsame Perspektiven einer „neuen Lehrerbildung" in Richtung der Themen Qualitäts- und Gesundheitsmanagement, Inklusion; Anrechenbarkeit und Berufsbildungsforschung.

In der hochschulischen Pflegeausbildung stehen Ausbildungsverantwortliche derzeit vor der Herausforderung drei (und zukünftig vier) Lernorte zu vernetzen, die sich in vielfältigen Aspekten voneinander unterscheiden. Der Beitrag von *Birgit Vosseler* thematisiert die Probleme und Aussichten, die sich aus der Kooperation und Koordination der Lernorte Schule, Hochschule, Praxis und zukünftig auch dem vierten Lernort „Skills Labs" ergeben. Um die Lernortkooperation handlungsorientiert mittels pflegepädagogischer Koordination in der hochschulischen Pflegebildung zu gestalten, ist es aus Sicht der Autorin hilfreich, sich an systemtheoretischen Denkansätzen zu orientieren. *Birgit Vosseler* richtet ihren Text vor allem am biokybernetischen Denkansatz von Vester aus. Ziel des Beitrags ist auch, Anregungen für die hochschulische Pflegeausbildung zu liefern. Dies geschieht durch das Aufzeigen eines theoriegeleiteten Handelns in der Gestaltung von transferorientierten Lehr- und Lernprozessen in Theorie und Praxis. Die Umsetzung der Ausführungen soll zur Qualitätssicherung der hochschulischen Pflegeausbildung beitragen.

Im Beitrag von *Gerd Dielmann* stehen die Strukturen des deutschen Berufsbildungssystems im Vordergrund. Es gilt, eine Grundlage zu schaffen, um die neu entstehenden Berufsausbildungen und Weiterbildungsabschlüsse im Spannungsfeld von Medizin und Pflege einordnen zu können. Dabei analysiert der Autor vor dem gesundheitsökonomischen Hintergrund die berufspolitischen Stränge, die das Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege ausmachen und wägt ab, welche beruflichen Zweige sich durch eine besondere Innovationsbereitschaft auszeichnen. *Gerd Dielmann* sieht im Interesse des Arbeitsmarkts, der Berufsangehörigen und auch im Interesse einer adäquaten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung die Notwendigkeit einer umfassenden Neuordnung der Gesundheitsfachberufe.

Die zweite große Gruppe von Berufen, die sich neben der Pflege in einen partiellen Akademisierungsprozess befindet, sind die Therapieberufe. In seiner Zwischenbilanz, bezogen auf die Akademisierung der Therapieberufe, in der auch aktuelle Entwicklungen und Perspektiven in diesem Berufsfeld berücksichtigt und erörtert werden, stellt *Bernhard Borgetto* zunächst fest, dass der Akademisierungsbedarf dieser Berufe vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität der therapeutischen Arbeitsprozesse und dem Anspruch vieler Berufsangehörigen, evidenzbasiert zu arbeiten, zunehmend erkennbar wird. Er stellt weiter fest, dass für die in Deutschland von Hochschulen angebotenen und im Beitrag vorgestellten und diskutierten Modelle der Therapiestudiengänge noch keine geeignete, umfassende und widerspruchsfreie inhaltliche Klassifikation existiert. Aus Sicht des Autors ist zu erwarten, dass sich ein gestuftes Ausbildungs- und Aufgabensystem für die Therapieberufe entwickelt.

In ihrem Beitrag mit Blick auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit stellen *Hans Günther Homfeldt* und *Silke Birgitta Gahleitner* Stand, Trends und Perspektiven in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, in der Gesundheitsarbeit im Sozialwesen und in der Klinischen Sozialarbeit dar. Ihre Ausführungen umfassen sowohl historische Aspekte als auch wichtige Bausteine professioneller Tätigkeit sowie ausgewählte strukturgebende Aufgaben. Darüber hinaus werden internationale Verflechtungszusammenhänge aufgezeigt und professionelle Formen des Engagements anhand von Beispielen illustriert. Am Schluss ihres Beitrags befassen sich die beiden Autoren mit Herausforderungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

Peter Kalkowski und *Gerd Paul* thematisieren in ihrem Beitrag ein Berufsfeld aus dem rasant wachsenden zweiten Gesundheitsmarkt: den Wellnesssektor. Die beiden Autoren sind im Rahmen einer empirischen Untersuchung von Beschäftigten in der Wellnessbranche der Frage nachgegangen, ob es bei den Wellnessberufen eine Tendenz zur Erhöhung der Qualität der Ausbildung und diesbezüglich überprüfbare Standards gibt, die erste Voraussetzungen im Sinne einer Professionalisierung sein könnten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die heterogenen Qualifikationen der befragten Wellnessbeschäftigten, die zersplitterten Regelungsstrukturen der den Wellnesssektor dominierenden Schulberufe und die damit verbundene geringe Vereinheitlichung und Institutionalisierung von Ausbildungswegen kaum Möglichkeiten einer Professionalisierung bieten. Zudem tragen die unklare Stellung zu anderen Heilberufen, der mangelnde Bezug zur Wissenschaft und die vielfältigen esoterischen Angebote zur Unschärfe der Berufsbilder der Wellnessbeschäftigten bei.

Zum Abschluss dieses Themenblocks stellen *Yvonne Lehmann, Gertrud M. Ayerle, Katrin Beutner, Kathleen Karge, Johann Behrens* und *Margarete Landenberger* Ergebnisse und Schlussfolgerungen der von November 2009 bis März 2013 durchgeführten Studie zur „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) vor, in der die Ausbildungen in 16 Gesundheitsfachberufen sowie die damit verbundenen Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile in den Ländern Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich vergleichend analysiert wurden.

III. Interprofessionelle Kooperation und Herausforderungen der gesundheitsberuflichen Arbeitswelt

Der dritte Themenblock thematisiert und diskutiert zum einen Aspekte einer interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie Aspekte einer künftigen Aufgabenteilung im Ge-

sundheitswesen; zum anderen werden Herausforderungen der gesundheitsberuflichen Arbeitswelt am Beispiel neuer und veränderter Arbeitsanforderungen in der stationären Versorgung im Krankenhausbereich erörtert.

Im ersten Beitrag beschäftigen sich *Ulrich Stößel* und *Mirjam Körner* mit der Theorie und der Praxis interprofessioneller Kooperation im Gesundheitswesen. Dazu analysieren sie die theoretischen Grundlagen des Konzepts der Interprofessionalität und Möglichkeiten seiner praktischen Umsetzung in Ausbildungs- und beruflichen Handlungszusammenhängen. Zudem werden diesbezügliche Erfahrungen beleuchtet und daraus abzuleitende Konsequenzen für die Praxis erörtert. Es wird ein Bezug zur derzeitigen Diskussion um die Neuformulierung kompetenzorientierter Lernziele in der Medizin (NKLM) hergestellt. Abschließend wenden sich die beiden Autoren der Frage zu, ob Akkreditierung zur Sicherstellung einer guten interprofessionellen Ausbildungspraxis beitragen kann.

Auf der Grundlage empirischer Ergebnisse fokussieren *Michaela Evans* und *Christoph Bräutigam* in ihrem Aufsatz die Prozesse der stationären Versorgung im Krankenhaussektor. Aus organisationssoziologischer Sicht und mit Blick auf Pflege und Medizin fragen sie danach, welche Auswirkungen neue und veränderte Arbeitsanforderungen auf den inhaltlichen Zuschnitt, auf die Krankenhausorganisation und auf die Entwicklungsperspektiven von Gesundheitsfacharbeit im betrieblichen Kontext haben. Es wird aufgezeigt, warum ein arbeitssoziologisch aufgeklärter Professionalisierungsdiskurs, der auch die betrieblichen Einsatz- und Anwendungsbedingungen der Gesundheitsfachberufe im Sinne reflexiver Arbeitsgestaltung im stationären Versorgungsalltag thematisiert, dringend geboten ist.

Im letzten Beitrag dieses dritten Blocks befassen sich *Adina Dreier, Hagen Rogalski, Sabine Homeyer, Roman F. Oppermann* und *Wolfgang Hoffmann* mit neuen Versorgungs- und Qualifizierungsansätzen im demografischen Wandel sowie mit Aspekten einer künftigen Aufgabenteilung im Gesundheitswesen. Dabei geht das Autorenteam auf dazu notwendige Entwicklungen in der akademischen Pflegeausbildung ein und beschreibt darüber hinaus ein mögliches kooperatives akademisches Ausbildungskonzept, das für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern entwickelt wurde. Den aus ihrer Sicht notwendigen Forschungsbedarf für die zukünftige Konkretisierung der Aufgaben(neu)verteilung von Medizin und Pflege im Sinne einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen sehen die Autoren u. a. in dem im Ausland existierenden akademischen Qualifizierungsmodell des Advanced-Nursing-Practice-Konzepts.

IV. Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsberufen

Die Bedeutung der Forschung in den pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsberufen ist Gegenstand des vierten Themenblocks. Grundsätzlich sind für die Weiterentwicklung der genannten und sich akademisierenden Gesundheitsberufe auch der Auf- und Ausbau einer qualitativ ausgewiesenen Forschung unabdingbar. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates hat dazu ein Konzeptpapier veröffentlicht, in dem der Forschungsbedarf bezogen auf die jeweiligen Gesundheitsberufe spezifiziert wird und die noch unzureichenden Bedingungen für eine Forschungsentwicklung an Hochschulen beschrieben werden (vgl. Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, 2012). Erforderlich sind der Auf- und Ausbau einer leistungsfähigen Forschungsinfrastruktur sowie die Etablierung stabiler Pfade einer wissenschaftlichen Nachwuchsförderung. Notwendig ist auch eine stärkere Kooperation der Fachhochschulen (die genannten Gesundheitsberufe werden überwiegend hier ausgebildet) mit Universitäten und medizinischen Fakultäten bezogen auf den Aufbau von wissenschaftlichen Studiengängen und eine breitere Verankerung von Wissenschaft und Forschung im Sinne der Gesundheitsberufe, die bisher nur vereinzelt realisiert wurde (vgl. dazu auch Kälble, 2013).

Michael Ewers, der Autor des ersten Beitrags dieses Themenblocks, war Mitglied der interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. Er hat die Debatten über Forschungsnotwendigkeiten, -aktivitäten und -bedingungen für diese Berufsgruppen begleitet. Wie sein Beitrag zeigt, liegen die Forschungsherausforderungen auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Am Beispiel der Pflege- und Therapieberufe zeigt er zum einen die Bedeutung der Forschung in den Gesundheitsberufen auf, zum anderen erläutert er Forschungsherausforderungen, den Stand der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung, die Institutionalisierung von Forschung sowie Perspektiven für die künftige Forschungsentwicklung.

Ergänzend dazu beleuchten *Sebastian Voigt-Radloff* und *Britta Lang* vom Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg den Forschungs-Praxis-Transfer in den Gesundheitsfachberufen (Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie). Dabei stellen sie den Weg von klinischen Studien zur evidenzbasierten Praxis dar und skizzieren den Stand der Forschung auf Basis internationaler Übersichtsarbeiten zu klinischen Studien. Abschließend zeigen die beiden Autoren auf, dass sie dauerhafte praxisbasierte Forschungsnetzwerke für eine unerlässliche Voraussetzung halten, um den Forschungs-Praxis-Transfer voranzubringen.

V. Der andere Blick auf das Thema

Der fünfte und letzte Abschnitt des Themenbands wird mit einem Essay von *Ralf Lankau* eröffnet, in dem sich der Autor kritisch mit der Technisierung, Digitalisierung und dem zunehmenden betriebswirtschaftlichen Denken in sozialen Systemen wie Gesundheit und Bildung auseinandersetzt. Im Zentrum seiner Reflexionen stehen der Bildungsbereich und speziell die Lehre im Zeitalter der Digitalisierung. Sein Anliegen ist es, nicht mit erhobenem Zeigefinger einen Umbau des deutschen Bildungssystems zu fordern, sondern bewusst den Finger in die Wunde gutgläubiger Verfechter zu legen, die ein Hohelied auf jegliche Anwendung der Digitalisierung singen, um sie wachzurütteln und schlussendlich zu demonstrieren, wie wichtig ein direkter und unmittelbarer Kontakt und ein persönliches Miteinander innerhalb der Lehre und im Lernkontext sind. Wie Lehre und Lernen mit aktuellen, netzbasierten Medien aussehen können, ohne sich digitalen Kontrollstrukturen auszuliefern, zeigen die Überlegungen am Ende seines Textes.

Der zweite und zugleich letzte Beitrag des vorliegenden Bands fokussiert den Arztberuf. Ausgehend von einer Kritik der klassischen Professionstheorie und auf der Grundlage eines Verständnisses, das keine Trennung von „professions“ und „non-professions“ vorsieht, sondern einen fließenden Wandel zwischen den Polen Professionalisierung (Zugewinn an Selbstständigkeit) und Deprofessionalisierung (Verlust an Selbstständigkeit), analysiert *Paul U. Unschuld* in seinem auf einem Vortrag basierenden Beitrag „De- und Reprofessionalisierungstendenzen des Arztberufs“ in der Geschichte und Gegenwart unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen. Zusammenfassend stellt er fest, dass die Ärzteschaft im Zusammenhang mit dem Strukturwandel im Gesundheitswesen auf der Skala der Professionalisierung einen Höhepunkt überschritten hat und in vieler Hinsicht einen Verlust an Selbstständigkeit hinnehmen muss. Der Preis, den die Gesellschaft für diese Entwicklung zahlen muss, ist seiner Auffassung nach derzeit nicht absehbar.

Danksagung

Ein Themenband lässt sich nicht „mal eben nebenbei“ herausgeben. Eine Publikation in dieser Form ist zum einen für die Herausgeber zeit- und arbeitsintensiv und zum anderen entscheidend auf die (qualitativ hochwertigen) Beiträge und die Mithilfe der Autorinnen und Autoren angewiesen. Wir haben die Beiträge (zum Teil in mehreren Durchgängen) diskutiert und unsere Änderungs- und (vereinzelt auch) Kürzungswünsche vorgetragen. Die Autorinnen und Autoren haben diese mit bewundernswerter Geduld angenommen und kurzfristig umgesetzt. Deshalb sei an

dieser Stelle allen Autorinnen und Autoren ganz herzlich für die professionelle und konstruktive Zusammenarbeit gedankt. Ohne sie wäre dieser fundierte Themenband nicht zustande gekommen. Nicht zuletzt gilt unser besonderer Dank auch dem Verlag APOLLON University Press und dem Lektoratsteam Petra Becker und Franziska Riedel, die mit tatkräftiger Unterstützung, Überzeugung, Engagement und Geduld zu dieser Publikation beigetragen haben.

KARL KÄLBLE; JOHANNE PUNDT Freiburg, Bremen, im Dezember 2014

Literatur

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* London: Chicago.

Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrats (Hrsg.) (2012). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137 (2), S. 29–76.

Bollinger, H./Gerlach, A./Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2005). *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen.* Frankfurt: Mabuse.

Borgetto, B./Kälble, K. (2007). *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem.* München: Weinheim.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich.* Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (16.12.2014).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014). *Gesundheitsberufe.* http://www.bmg.bund.de/gesundheitssystem/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html (15.12.2014).

BMG [Österreich] – Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Komplementärmedizin und sonstige komplementäre Methoden.* http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/0/CH1092/CMS1360143663503/komplementaermedizin_v2.pdf (15.12.2014).

Estermann, J./Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.) (2013). *Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel", Winterthur 2012* (Reihe: Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Bd. 37. Studien zur Gesundheitsforschung, Bd. 4). Wien, Zürich, Luzern: LIT.

Frenk, J./Chen, L./Bhutta, Z. A. et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.* The Lancet, 376 (9756); S. 1923–1958.

Friesacher, H. (2013). *Studienmöglichkeiten in der Pflege.* Intensiv, 21(6), S. 314–324.

Görres, S. (2013). *Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe.* In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 19–49.

Haustein, K.-O./Höffler, D./Lasek, R./Müller-Oerlinghausen, B. (1998). *Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie.* Deutsches Ärzteblatt 95 (14), A-800–805.

Helsper, W./Tippelt, R. (2011). *Ende der Profession und Professionalisierung ohne Ende? Zwischenbilanz einer unabgeschlossenen Diskussion.* In: Helsper, W./Tippelt, R. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Zeitschrift für Pädagogik/Beiheft, 57. Basel: Weinheim, S. 268–288.

Hensen, P. (2011). *Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie – vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft.* In: Hensen, P./Kölzer, C. (Hrsg.): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen. Wiesbaden, S. 11–50.

Hensen, P./Roeder, N./Franz, D. (2014). *Das deutsche Gesundheitssystem im Wandel.* In: Roeder, N./Hensen, P./Franz, D. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. 2. akt. Auflage, Köln, S. 1–18.

Kaba-Schönstein, L./Kälble, K. (Hrsg.) (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege.* Frankfurt: Mabuse.

Kälble, K. (2006). *Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess.* In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven. Bern: Huber, S. 213–233.

Kälble, K. (2008). *Die Gesundheitsberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung.* In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa, S. 195–212.

Kälble, K. (2009). *Neue Studiengänge im Gesundheitswesen – Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld?* Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 9 (2), S. 15–22.

Kälble, K. (2012). *Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe.* Public Health Forum, 20 (4), S. 2–4.

Kälble, K. (2013). *Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland.* In: Estermann, J./Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel", Winterthur 2012 (Reihe: Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Bd. 37. Studien zur Gesundheitsforschung, Bd. 4). Wien, Zürich, Luzern: LIT, S. 161–184.

Kälble, K. (2015, in Druck). *Gesundheitsbezüge in der Sozialen Arbeit und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – interdisziplinäre Konstellationen und Probleme.* In: Hammerschmidt, P./Daiminger, C./Sagebiel, J. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neu Ulm.

Küther, G. (2013). *Die Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Deutschland: Eine Übersicht über bisherige Entwicklungen.* Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 23 (4), S. 205–212.

Kurtz, T. (2014). *Das professionelle Handeln und die neuen Wissensberufe.* In: Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Professionelles Handeln. Wiesbaden, S. 243–253.

Manzei, A./Schmiede, R. (Hrsg.). *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege.* Wiesbaden: Springer VS.

Matzick, S. (Hrsg.) (2008). *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung.* Weinheim, München: Juventa.

Pundt, J. (Hrsg.) (2006). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven.* Bern: Huber.

Pundt, J. (2012). *Gesundheitsprofessionen.* In: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Auflage, Weinheim: Juventa, S. 1105–1122.

Pundt, J./Grden, J. (2012). *Potenziale für Gesundheitsberufe: Distance Learning.* Public Health Forum, 20 (4), S. 22–24.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011a). *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen.* Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, GmbH.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011b). *Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung.* Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung.* Stuttgart : Robert Bosch Stiftung GmbH.

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.* Band 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006). *Kooperation und Qualität im Gesundheitswesen.* Gutachten 2005. Baden-Baden: Nomos.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008). *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Band I. – Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand, Perspektiven. Finanzierung und Planung des Krankenhauswesens. Baden-Baden: Nomos.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Gutachten 2014 – Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (21.11.2014).

Statistisches Bundesamt (2013). *Gesundheit Personal 2011* (Fachserie 12 Reihe 7.3.1). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf;jsessionid=2A51005D6A1787D910EC8B3CD6C2E9F3.cae1?__blob=publicationFile (21.11.2014).

Stichweh, R. (1996). *Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt, S. 49–69

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Berlin 2012 (Berlin, 13.07.2012, Drs. 2411-12). http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (21.11.2014).

I

(Wider dem) Abschied vom Professionsbegriff? – Professionstheorie auf dem Prüfstand

1 Plädoyer für eine kritische Weiterentwicklung der strukturtheoretisch orientierten Professionstheorie

Eine Bilanz, ein Vorschlag und ein Blick auf berufliche Entwicklungen

URSULA STRECKEISEN

Der vorliegende Beitrag plädiert für eine kritische Weiterentwicklung der strukturtheoretischen Professionstheorie von Ulrich Oevermann. ‚Profession' wird mit einem zu lösenden gesellschaftlichen Problem in Beziehung gesetzt, darüber hinaus aber auch in der modernen Erwerbsgesellschaft verortet, die von der grundlegenden Spannung zwischen Gebrauchswert- und Tauschwertorientierung durchdrungen ist. Es wird aufgezeigt, dass ein solch erweiterter strukturtheoretischer Ansatz aktuelle Entwicklungen im Berufsbereich gewinnbringend zu erhellen vermag.

1.1 Einleitende Bemerkungen

Soziologisch sinnvolle Begriffe sind Elemente von Theorien, die einen Beitrag zur analytischen Durchdringung von Gesellschaft leisten. Die Frage, ob der Professionsbegriff noch zeitgemäß ist oder nicht, dürfte unterschiedlich beantwortet werden, je nachdem, welcher Professionsbegriff den Ausgangspunkt bildet. Im vorliegenden Beitrag wird die These vertreten, dass eine Professionstheorie, die das Phänomen ‚Profession'[1] an eine Sache, an ein Handlungsproblem bindet und es in einer konfliktorientierten Sicht gesellschaftsstrukturell einbettet, zur soziologischen Erfassung beruflicher Entwicklungen vieles beitragen kann. Um dies aufzuzeigen, werden die wichtigsten professionssoziologischen Ansätze zunächst auf ihre Ergiebigkeit hin verglichen. Anschließend wird der Ansatz, der den Sachbezug am deutlichsten ausgearbeitet hat – der strukturtheoretische Ansatz von Oevermann –, kurz rekapituliert, in den theoriegeschichtlichen Kontext der Freud-Parsons-Linie gestellt und um eine Dimension ergänzt, die einem konflikttheoretischen Gesellschaftsverständnis verpflichtet ist. Zum Schluss wird anhand von ausgewählten Thematiken aus dem Bereich der Gesundheitsberufe erläutert, wie sich der erweiterte strukturtheoretische Ansatz für die Erfassung gegenwärtiger Entwicklungstendenzen fruchtbar machen lässt.

---

1 Doppelte Anführungszeichen kennzeichnen ein Zitat. Einfache Anführungszeichen markieren in diesem Beitrag ein Quasi-Zitat, d. h. eine referierende Wiedergabe eines stehenden Ausdrucks u. Ä. (z. B. den Begriff ‚Arbeitsbündnis'). Kursivsetzungen dienen der Hervorhebung.

1.2 Gegenstand und Erklärungsgehalt herkömmlicher Professionstheorien

Soziologische Professionstheorien lassen sich nach dem Kriterium ordnen, welche gesellschaftlichen Fragen sie fokussieren. Im Überblick lassen sich dann die vier Perspektiven unterscheiden, die im Folgenden dargestellt und auf ihren Erklärungsgehalt geprüft werden.

1.2.1 Profession als Modus der (gelingenden) Bearbeitung von Problemen

Mehrere Theorien gehen davon aus, dass Professionen bestimmte gesellschaftlichen Probleme bearbeiten, etwa das Problem ‚Krankheit'. Am logischen und historischen Ursprung dieser Perspektive – sie sei hier ‚strukturtheoretische' Perspektive genannt – steht die strukturfunktionalistisch ausgerichtete Beschäftigung von Talcott Parsons (1951/1958, 1964/1968) mit dem Arztberuf, die in der Theorie von Oevermann und auch bei Stichweh ihre Fortführung fand. Vor dem Hintergrund der drei genannten Exponenten lassen sich Professionen als Berufe charakterisieren, die mit KlientInnen befasst sind, die kritische Schwellen, Gefährdungen der Lebensführung oder „Krisen" durchlaufen und diese ohne Unterstützung nicht bewältigen können. Professionsinhaber intervenieren als hochqualifizierte, an moderner Wissenschaft orientierte Experten, die ihre Arbeit selbst kontrollieren. Sie verfügen nicht nur über Wissen, sie verstehen sich auch in der Deutungskunst und üben ihren Beruf mit ‚angemessenen' Haltungen aus; dabei kommt der Gemeinwohlorientierung und dem Dienstideal eine zentrale Bedeutung zu. Zudem sind sie fähig, mit dem überkomplexen Charakter der zu bewältigenden Probleme umzugehen und handlungsrelevante Entscheide auch in Situationen zu treffen, in denen die Grundlagen dazu ungenügend sind und intuitiv das ‚Richtige' getan werden sollte. Im Vordergrund der strukturtheoretischen Perspektive steht tendenziell der ‚Idealfall': Es interessieren die erfolgreichen Muster der Problembearbeitung.

Den Elementen, welche als Bedingungen erfolgreichen Handelns erscheinen, kommt in jener anderen, als ‚Merkmalsansatz' bekannt gewordenen Professionssoziologie, die nah am Strukturfunktionalismus liegt und gleichzeitig sehr deskriptiv ist, der Stellenwert einfacher Professionscharakteristiken zu (vgl. u. a. Goode, 1957; Wilenski, 1964/1972). Der Versuch, Berufe entlang solcher Charakteristiken danach zu klassifizieren, ob sie Professionscharakter haben oder nicht, hat zur Verbreitung der Kategorie „Semiprofession" geführt (zuerst Etzioni, 1969). Einen systematischen Erkenntnisgewinn bringt diese Kategorie aber nicht, eher muss sie als „Verlegenheits-

lösung“ (Terhart, 1992, S. 107) bezeichnet werden.[2] Als professionssoziologischer ‚Ansatz‘ lässt sich die Merkmals-Professionssoziologie denn auch kaum betrachten, auch wenn dies manche Autoren wie etwa Combe/Helsper (1996) tun.

Die Vertreter der strukturtheoretischen Perspektive sind in unterschiedlichen Paradigmen zu verorten. Parsons etwa – es geht vor allem um den Parsons der mittleren Schaffensperiode der 1940er- und 1950er-Jahre (v. a. Parsons, 1951/1958) – ist im Strukturfunktionalismus der Pattern Variables beheimatet und Oevermann in seiner „Professionalisierungstheorie“. Stichweh bezieht sich auf die reformierte Theorie funktionaler Differenzierung.

1.2.2 Profession als Sozialform des Machterwerbs und Machterhalts

Die zweite Perspektive bildet einen Gegenpol zum strukturtheoretischen Ansatz. Sie betrachtet Profession als Sozialform des Machterwerbs und Machterhalts. Die Aufmerksamkeit gilt den Strategien, die berufliche Kollektivakteure einsetzen, um ihre Position in der gesellschaftlichen Hierarchie zu verbessern und – nach eingetretenem Erfolg – zu legitimieren. Im Anschluss an Max Weber (1922/1985, S. 23 ff.) wird vielfach mit dem Konzept der ‚Sozialen Schließung‘ gearbeitet, jenem Konzept, das Prozesse fokussiert, die den Zugang zu gesellschaftlich als wünschenswert geltenden Ressourcen auf eine bestimmte Gruppe beschränken und Marktmechanismen gewissermaßen außer Kraft setzen (vgl. u. a. Collins, 1987; Mackert, 2004). Das Interesse des Machtansatzes gilt typischerweise historischen Entwicklungen, insbesondere den kollektiven sozialen Aufstiegsprozessen der neuen bürgerlichen Mittelschichten im 19. Jahrhundert und dem damit verbundenen kollektiven Handeln von (entstehenden) Berufsorganisationen. Im 19. Jahrhundert bildeten sich als ‚klassische Professionen‘ insbesondere der Arzt, der Anwalt und der reformierte Pfarrer heraus. Da Frauen an den genannten Aufstiegsprozessen nicht partizipierten, lassen sich klassische Professionen als kulturell männliche Einrichtung bezeichnen (vgl. u. a. Wetterer, 1995).

Machttheoretiker, vor allem Neo-Weberianer der 1970er-Jahre (vgl. u. a. Collins, 1987; Parkin, 1983) kritisierten den – historisch älteren – strukturtheoretischen Ansatz von Anfang an mit einiger Vehemenz. Gemeinwohlorientierung, Dienstideal und die Idee der Selbstkontrolle stehen bei ihnen unter dem ideologiekritischen Verdacht, Rechtfertigungen von lukrativen Berufsmonopolen zu sein.

---

2 Auch die Kategorien „Quasi profession“, „Would be-profession“ (Hughes, 1960 u. a.), „bescheidene Profession“ (Schütze, 1992) und viele weitere sind aus der Diskussion hervorgegangen.

1.2.3 Die symbolisch-interaktionistische Perspektive

Unter Rückgriff auf die Chicagoer Schule wird im Rahmen des symbolisch-interaktionistischen Ansatzes davon ausgegangen, dass Professionen von der Gesellschaft einen Auftrag erhalten haben und dieser das Recht einschließt, in das Leben der KlientInnen einzudringen („Mandat" und „Lizenz", u. a. Schütze, 1996). Im Vordergrund steht – ähnlich wie bei bestimmten Varianten der strukturtheoretischen Perspektive – die Beschäftigung mit der Interaktion zwischen Professionsinhaber und Klient.[3] Die Frage nach dem Unterschied zwischen Professionen und gewöhnlichen Berufen spielt in diesem Ansatz keine Rolle, ja der Anspruch, einen solchen Unterschied auszumachen, wird teilweise sogar zurückgewiesen. Zum Beispiel wird geltend gemacht, die berufliche Würde und das Vertrauen seien nicht nur für Ärzte, Pfarrer und Anwälte, sondern auch für Berufsakteure aus der sozialen Unterschicht wichtig: Auch eine Putzfrau lege Wert darauf, respektvoll behandelt zu werden und Vertrauen zu genießen (vgl. Hughes, 1951/1971, S. 343 f.). In concreto werden vielfach Berufe untersucht, die nicht zu den klassischen Professionen gehören, aber genau wie diese mit Klienten beschäftigt sind, etwa der Volksschullehrberuf oder die Sozialarbeit. Im strukturtheoretischen Ansatz, vor allem bei Oevermann, wird ebenfalls intensiv auf solche Berufe eingegangen, aber der Anspruch, Profession und Nicht-Profession zu unterscheiden, wird beibehalten.

Der interaktionistische Approach geht mit dem Verhältnis von Alltags- und Wissenschaftssprache auf eine ihm eigene Weise um. Schon früh hat der Interaktionist Hughes (1951/1971) darauf hingewiesen, dass ‚profession' (englisch) alltagssprachlich für eine Arbeit steht, die erstrebenswert ist. Das veranlasste ihn dazu, die Forschungsfrage „Are these man professionals?" (S. 339) nicht mehr zu stellen, sondern zu untersuchen, was Akteure mit der „professionalization" für Ziele verfolgen, wie sie vorgehen und ob sie reüssieren. Die forschungsmäßige Hinwendung zum Alltagsdenken, die der Klassiker Hughes und ebenso die meisten späteren interaktionistischen ProfessionssoziologInnen vollzogen haben, ist zwar problemlos nachzuempfinden, hat aber doch eine deutliche Einschränkung des Spektrums von denkbaren Forschungsfragen zur Folge. Ohne Zweifel ist die Untersuchung von Alltagstheorien soziologisch relevant. Wer sich für die Entwicklung der Sozialarbeit interessiert, muss z. B. wissen, dass sich Sozialarbeit „als Profession versteht" (Schütze, 1992, S. 143). Doch braucht die Beschäftigung mit solchen Fragen

---

3 Verwandt mit diesem Ansatz ist die inszenierungstheoretisch inspirierte Professionssoziologie (vgl. Pfadenhauer, 2003). Sie lässt sich als Anwendung des interaktionistischen Bezugsrahmens von Goffmann betrachten (vgl. Schmeiser, 2006, S. 180).

nicht mit dem Aufgeben des Anspruchs verbunden zu ein, Unterschiede zwischen Alltags- und Fachbegrifflichkeit gelten zu lassen.

1.2.4 Die Perspektive auf das Professions- und Berufssystem

Gleichsam quer zu den bisher genannten Perspektiven liegen jene professionssoziologischen Gedankengebäude, in denen das institutionelle Gefüge von aufeinanderbezogenen Professionen (und auch Berufen) Thema ist. Sowohl Strukturtheoretiker als auch Machttheoretiker und Interaktionisten nehmen sich dieser Frage (zusätzlich) an. Die im Machtansatz interessierende Entstehung der klassischen Professionen ist aus dieser Sicht als Teil der Herausbildung eines historisch neuen Berufs- und Professionsgefüges zu betrachten, das sich immer wieder verändert. Im Verlauf ihrer Entstehung, so Stichweh (1994), erhielten die klassischen Professionen den Status einer „Leitprofession", die im ihnen zugeordneten Bereich über eine qua Wissenschaft legitimierte Deutungs- und Handlungsmacht verfügte (die Bereiche bei Stichweh: Gesundheitssystem, Religion, Erziehungssystem, Rechtssystem und Militär; vgl. Stichweh, 1996, S. 60 f.). Mit der Zeit standen im Zentrum der Tätigkeit von Leitprofessionsinhabern vergleichsweise alltagsferne, wenig routinisierbare Verpflichtungen. Aufgaben, die diesen vor- und nachgelagert, aber unverzichtbar waren, übernahmen bestimmte andere, nämlich *dominierte* Berufe – wie Abbott (1988) sagen würde –, deren Ausübung ohne wissenschaftliche Kenntnisse möglich war und typischerweise Frauen zugeschrieben wurde. Paradebeispiel ist die herkömmliche Krankenpflege, die im Krankenhaus den Ärzten zudient (vgl. Streckeisen, 2001 und 2010).[4] Eine gewisse Verwandtschaft mit der berufssystembezogenen Perspektive weisen Parsons' Abhandlungen zum „professional complex" auf (Parsons, 1969/1978; Parsons/Platt, 1973/1990 u. a.). Parsons bezieht sich auf viele verschiedene Berufe, auch auf solche ohne Beziehung zu einer Klientel.[5]

Theorien, die sich primär mit dem Berufs- bzw. Professionssystem beschäftigen, thematisieren das berufliche oder professionelle Handeln kaum. Auch bei den Autoren, die beides – das System und das Handeln – zum Thema machen, sind die beiden Perspektiven tendenziell getrennt; Parsons z. B. geht in seinen Erörterungen zum professional complex (Parsons, 1969/1978;

4 Für das hierarchische Verhältnis zwischen Klinikern und Pathologen innerhalb der Universitätsklinik vgl. Streckeisen, 2001.

5 Professionen verwalten Parsons zufolge treuhänderisch die zentralen Werte der Gesellschaft. Während die Gruppe der Universitätslehrer, Ingenieure, Ärzte und Juristen auf der Ebene des allgemeinen Handlungssystems operiert und die zentralen kognitiven Ressourcen der Gesellschaft hütet, übernehmen die Berufe im Bereich von Bildung, Fürsorge, Verwaltung, Buchführung und Bankwesen Funktionen innerhalb des Sozialsystems. Zusammen bilden diese Gruppen den professionellen Komplex.

Parsons/Platt, 1973/1990) nicht auf das Handeln von Professionsinhabern ein. Es ist aber sehr wohl möglich, eine Verbindung zwischen dem institutionellen Professionsgefüge und dem mikrosozialen Handeln herzustellen. Zum Beispiel lässt sich zeigen, dass der herkömmliche Arzt und die herkömmliche Krankenschwester im herkömmlichen Krankenhaus ein professionelles ‚Paar' bilden, das durch ihr komplementär aufeinander bezogenes Handeln *gemeinsam* Aufgaben der Krankenbehandlung übernimmt, die beide allein in diesem organisatorischen Kontext nicht bewältigen würden (vgl. Streckeisen, 2001 und 2010). Verallgemeinernd reformuliert: Die Arbeitsteilung zwischen Berufen kann eine Form annehmen, die Berufe eng aneinander kettet, weil sie ein gegebenes Problem nur gemeinsam bewältigen können.

1.2.5 Die Ansätze im Vergleich

Es fragt sich, welchen Erklärungsgehalt die erörterten Perspektiven haben. Dabei braucht der Berufssystemansatz nicht weiter diskutiert zu werden, da er kaum Kontroversen ausgelöst hat. Die Aufmerksamkeit gilt vielmehr der strukturheoretischen und der machttheoretischen Perspektive, die beide ein klares Profil mit dem Focus ‚Profession' ausgebildet haben. Schmeiser (2006) bemängelt, bisherige Ansätze der Professionssoziologie kämen einer Anwendung von herrschenden soziologischen Paradigmen gleich und würden nicht von einer Sache ausgehen, die es soziologisch zu erhellen gilt. Seine bedenkenwerte Überlegung gilt eher für die Macht- als für die Strukturtheorie. Der Machtansatz fragt letztlich nach der Entstehung, der Veränderung und der Legitimation von sozialer Ungleichheit. In Frage stehen die Verteilung von arbeitsweltbezogenen Ressourcen, die Legitimation dieser Verteilung und die damit verbundenen dynamischen Prozesse. Was es mit ‚Profession' als gesellschaftlichem Phänomen auf sich hat, was der ‚Sinn' dieses Phänomens sein könnte, ist kaum Thema. Es kann daher nicht erstaunen, dass das in diesem Ansatz zentrale Konzept der sozialen Schließung nicht professionsspezifisch ist; für die Analyse der Entwicklung von Handwerksberufen zum Beispiel hat es genauso zentrale Bedeutung. Dass in erster Linie Ungleichheit interessiert, zeigt sich auch daran, dass bei Parkin (1974/1983), der vielfach eine Referenz bildet, ausschließlich von sozialen Klassen und ihren Interessensorganisationen, d. h. von genuin vertikaler Ungleichheit die Rede ist. Parkins Konzepte wurden professionssoziologisch auf das (zunächst horizontale) Nebeneinander von Berufen und Professionen bezogen mit dem

Anspruch, die beruflichen und interberuflichen Kämpfe und Hierarchien besser beleuchten zu können.[6]

Die strukturtheoretische Perspektive lässt sich kaum losgelöst vom Sachproblem, das ihren Ausgangspunkt bildet, betrachten: Sie kann nicht beliebig ‚angewendet' werden. Im Fokus steht ein bestimmter Typ eines gesellschaftlich irritierenden Problems („Krise", Gefährdung von Individuen). Wie weit auseinander auch immer die paradigmatischen Grundlagen der verschiedenen strukturtheoretisch ausgerichteten Theoriegebäude liegen mögen, Professionen werden in allen Fällen als gesellschaftliche Einrichtung betrachtet, dank derer solche Probleme bewältigt werden können. Andere Probleme – denken wir an ökonomische Instabilität, an Krieg, an Ingenieurmangel auf dem Arbeitsmarkt, an Abbau von sozialer Ungleichheit, an Wissensdefizite bei Maturanden – müssen anders gelöst werden. Am elaboriertesten in der Sachbezogenheit ist der Ansatz von Oevermann, auf den nun genauer eingegangen wird.

1.3 Professionalisiertes Handeln als ‚stellvertretende Krisenbewältigung' – eine kritische Würdigung

Wie viele andere ProfessionstheoretikerInnen vertritt auch Oevermann die These, im Falle klassischer Professionen lasse sich erfolgreiche Leistung weder über Marktregulierung noch über bürokratische Regelung steuern (vgl. die „Third logic" von Freidson, 2001); sie setze vielmehr eine kollegiale, auf die Verinnerlichung professionsethischer Ideale angewiesene Selbstkontrolle bzw. Autonomie voraus. Oevermann *unterscheidet* sich von anderen durch seinen Anspruch, die Autonomie als eine „innere (…) handlungslogische Notwendigkeit" (1996, S. 70) auszuweisen, welche auf die zu lösenden Probleme zurückzuführen sei. Mit diesem Anspruch verfolgt er das Programm einer normativen Theorie und lässt sich mit jedem gängigen Sozialisationstheoretiker vergleichen, der sein Gedankengebäude von der Frage her aufbaut, wie ein Kind aufwachsen muss, damit aus ihm ein lebenstüchtiger erwachsener Mensch wird.

Oevermann unterscheidet zwischen Professionalisiertheit und Professionalisierungsbedürftigkeit. Es gibt Berufe, deren Tätigkeiten zwar professionalisierungsbedürftig sind, die historisch aber nicht professionalisiert worden sind, z. B. die Tätigkeiten von VolksschullehrerInnen. Umgekehrt gibt es gemäß Oevermann auch Berufe – man denke an Ingenieure –, die ihre Interessen auf ähnliche Weise wie die klassischen Professionen zu verfolgen wissen, obwohl sie nicht pro-

6 Im Rahmen der Genderforschung sind Parkins Konzepte des kollektiven strategischen Handeln auch auf das Geschlechterverhältnis übertragen worden. Sie scheinen eine hohe Attraktivität zu besitzen und könnten noch in manch anderem Gebiet Anwendung finden, sofern nur Ungleichheit interessiert.

fessionalisierungsbedürftig sind. Ingenieure, so Oevermann, wurden in der klassischen Professionssoziologie dennoch „umstandslos“ als Profession eingeordnet (1996, S. 137). Das Konzept der Professionalisiertheit bezieht sich – ähnlich wie der „gute“ Arzt in Parsons‘ Formulierung (Parsons, 1951/1958, S. 53) – auf die Gelingensbedingungen bei professionalisierungsbedürftiger Praxis: Es gibt an, was geschehen muss, wenn das anstehende Problem bewältigt werden soll. Selbst bei Berufen, die gemeinhin als professionalisiert gelten – man denke an den Arztberuf –, und deren Subgruppen (Hausärzte versus Spezialärzte, freiberuflich tätige versus Krankenhausärzte etc.) muss aber im Einzelnen stets geprüft werden, wie weit sie realiter professionalisiert sind. TrägerInnen professionalisierungsbedürftiger Berufe, die professionalisiert arbeiten, bewältigen gemäß Oevermann stellvertretend ‚Krisen‘; dabei kommt dem „Arbeitsbündnis“ mit der Klientin, dem Klienten zentrale Bedeutung zu (Oevermann, 1996).

1.3.1 Die stellvertretende Krisenbewältigung

Die erforderliche Autonomie der ProfessionsinhaberInnen steht im Zusammenhang mit der „stellvertretenden Krisenbewältigung“, welche von diesen – Oevermann zufolge – übernommen wird (vgl. Oevermann, 1996, 2002). Damit ist ein Prozess angesprochen, im Rahmen dessen ein Professionsinhaber insofern ‚stellvertretend‘ handelt, als der Klient zur autonomen Krisenbewältigung nicht mehr in der Lage ist und Helfer benötigt, die an seiner Stelle handeln. Eine ‚Krise‘ liegt vor, wenn die bewährten Routinen der Lebensbewältigung erschüttert sind und zukunftsbestimmende Entscheidungen anstehen, die nicht *nicht* getroffen werden können. Das Konzept der stellvertretenden Krisenbewältigung ist ins Oevermann‘sche Paradigma zur Erzeugung von Neuem eingebettet (vgl. Oevermann, 1996, 2002, 2008 u. a.). Auf dieses Paradigma kann hier nicht eingegangen werden. Durch diese Auslassung erfährt das Oevermann‘sche Professionskonzept im vorliegenden Text eine Dekontextualisierung. Doch wird dies bewusst in Kauf genommen, um im Rahmen der Thematik der Professionsoziologie bleiben zu können.

Professionalisiertes Handeln ist ein Handeln, das erfolgreich eine Krise stellvertretend bewältigt. Es dient der Wiederherstellung der beschädigten Autonomie einer individuellen Lebenspraxis

(„Focus Therapie“) oder einer kollektiven Lebenspraxis („Focus Recht und Gerechtigkeit“)[7]. Die beiden genannten Foci gibt es, so Oevermann, in jeder denkbaren Gesellschaft. Nicht universell hingegen ist der Grad, in dem entsprechende Probleme mit den Mitteln der Wissenschaft angegangen werden (vgl. 1996, S. 92). Der wissenschaftliche Diskurs, der heute die Begründungsbasis für professionalisiertes Handeln liefert, ist erst Ende des 19. Jahrhunderts in die juristischen und die medizinischen Fakultäten eingewandert.[8] Oevermann hat sich primär mit dem professionalisierten Handeln im Focus Therapie beschäftigt. Im Blickpunkt stehen Berufe in den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Sozialisation, Pflege und institutionelle Hilfe.

Die Stellvertretung, so Oevermann, ist nur legitim, wenn neben die erklärende (Natur-) Wissenschaft die verstehende Fallanalyse tritt. So etwa kann die ärztliche Diagnosestellung nur sachangemessen erfolgen, wenn die Symptome nicht allein dem Typus einer Krankheit zugeschrieben, sondern auch deutend in der konkreten Geschichte des Patienten eingeordnet werden (vgl. Oevermann, 1996, S. 126 f.). Entsprechend sind zwei Handlungslogiken am Werk: die Handlungslogik der Wissenschaft, welche auf Allgemeingültigkeit basiert, und das individuelle Fallverstehen, das den Patienten in seiner Unteilbarkeit als ‚ganze‘ Person betrachtet.

Komplette Handlungssicherheit vermitteln diese beiden Logiken aber nicht. Der ‚gute‘ Therapeut muss immer wieder Entscheidungen treffen, die mit Risiken und Unsicherheiten behaftet sind, und kann ihnen typischerweise nicht ausweichen. Er muss also, so Oevermann (1996,

---

7 Bei der Bezugnahme auf konkrete Textstellen Oevermanns wird im Folgenden systematisch auf die Kernpublikation ‚Oevermann 1996‘ rekurriert. – Autonome Lebenspraxis, die beim Patienten teilweise fehlt und beim ‚guten‘ Arzt gegeben ist, kennzeichnet sich bei Oevermann durch eine widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung. Sie konstituiert sich durch mehrere Elemente (vgl. Oevermann, 1996, S. 77 f.): Erstens eröffnet Sozialität immer schon einen Spielraum von mehreren praktischen Handlungsmöglichkeiten (Krise). Zweitens muss aus diesen Möglichkeiten eine Auswahl getroffen werden (Schließung der Krise), weil anders das Überleben nicht gesichert ist. Drittens stehen für diese Auswahl nicht immer Routinen zur Verfügung; vor diesem Hintergrund kommt Geschichte zustande (Erzeugung von Neuem). Viertens ist keine Richtig-falsch-Kalkulation möglich: Die Krisensituation kennzeichnet sich durch Offenheit. Fünftens konstituiert sich die Lebenspraxis als autonome Praxis genau dadurch, dass sie – sei dies gewollt oder nicht – eine Entscheidung treffen muss, dabei aber den Anspruch auf Begründbarkeit nicht aufgibt. In der Krisenkonstellation selber ist dieser Anspruch nicht einlösbar, er kann nur aufgeschoben und nachträglich eingelöst werden. Die Lebenspraxis, welche sich dieser Bewährungsdynamik stellt, überführt ihr grundsätzlich gegebenes Autonomiepotenzial – so Oevermann – in lebenspraktisch realisierte, faktische Autonomie.

8 Oevermann bindet den wissenschaftlichen Diskurs, auf welchen professionalisiertes Handeln angewiesen ist, seinerseits in die Strukturlogik professionalisierten Handelns ein, indem er behauptet, dieser Diskurs sei selber professionalisierungsbedürftig (1996, S. 95 ff.). Unter anderem lässt sich im Habitus des Forschers eine Einheit „von Elementen einer spezifischen und einer diffusen *Sozialbeziehung*“ (1996, S. 105 f.; Kursivsetzung U.S.) ausmachen, schreibt Oevermann, so als ginge es bei der Forschung um eine soziale Beziehung. In Max Webers Aufsatz „Wissenschaft als Beruf“ (1919/1988), auf den er sich in diesem Zusammenhang explizit bezieht, ist von einem Nebeneinander gegensätzlicher Haltungen, von leidenschaftlicher Neugier und methodischer Strenge, die Rede, nicht aber von einer sozialen Beziehung zwischen Akteuren. Die Art, in der Oevermann Wissenschaft in die Professionalisierungsproblematik einbezieht, vermag nicht wirklich einzuleuchten (vgl. Streckeisen, 1998).

S. 131 f.), in eine offene Zukunft hinein entscheiden und die Begründungsverpflichtung zeitlich aufschieben. Durch nachträgliche Reflexion etwa im kollegialen Austausch lässt sich dann prüfen, ob eine Entscheidung richtig oder falsch gewesen ist (1996, S. 131). Dank seines professionalisierten Habitus, den er in der beruflichen Sozialisation und im Laufe beruflicher Erfahrung erworben hat, versteht sich der (erfolgreiche) Professionsinhaber indes sehr wohl in der ‚Kunst', intuitiv richtig zu entscheiden.

1.3.2 Das Arbeitsbündnis

Den „Strukturkern" (Oevermann, 1996, S. 137) des professionalisierten Handelns bildet das „Arbeitsbündnis", das der Professionsinhaber dank seiner Autonomie (vgl. Fußnote 7) mit dem Patienten eingehen kann. Es handelt sich um eine Beziehung zwischen Professionsinhaber und Klient, in der sich Distanz und Nähe, „spezifisches Rollenhandeln" einerseits und Handeln innerhalb einer „diffusen Sozialbeziehung" andererseits miteinander verbinden (Oevermann, 1996, S. 109 ff.). Durch den Strukturkern des Arbeitsbündnisses gibt Oevermann seinem professionssoziologischen Ansatz nicht nur ein eigenes Profil, er knüpft auch direkt an Parsons' Konzept der Arztrolle[9, 10] und an Freuds Konzept der psychoanalytischen Therapie an.

Mit ‚Arbeitsbündnis' ist bei Oevermann – anders als in der Psychoanalyse – nicht allein die erfolgversprechende, als tragfähige Basis des Heilungsprozesses konzipierte Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin[11], sondern auch der therapeutische *Prozess* angesprochen. Um zu „vereinfachen" und „abzukürzen" (Oevermann, 1996, S. 116 ff.), bedient sich Oevermann explizit des Modells der neueren Psychoanalyse, in welcher die Gegenübertragung bewusst als Analyseinstrument eingesetzt wird (Müller-Pozzi, 1991; vgl. dazu auch Freud, 1915/1982, S. 220 ff.). Allerdings

---

9 Nach Parsons orientiert sich der ‚gute' Arzt in seiner Beziehung zum Patienten an einer bestimmten, funktionalen Kombination von 'gemeinschaftlichen' und 'gesellschaftlichen' Verhaltensmaßstäben. Die „pattern variables", jene Orientierungsalternativen, von denen jeder Handelnde eine zu wählen hat, bevor eine Situation für ihn eindeutig definiert ist, kommen auch im Falle des Arztes zur Anwendung (vgl. u. a. Parsons, 1951/1958, 1964, 1969 u. a.). Oevermann hat zur Kennzeichnung der gesellschaftlichen Seite des Arbeitsbündnisses den Ausdruck „spezifisch", zur Kennzeichnung der gemeinschaftlichen Seite den Ausdruck „diffus" von Parsons übernommen (vgl. die Kursivsetzungen in Fußnote 10).

10 Die Parsons'schen Pattern variables zur Erinnerung:

Gesellschaft:	Gemeinschaft:
Universalismus (‚unpersönlich')	Partikularismus (‚persönlich')
Funktionale *Spezifizität* (bestimmte Rolle)	Funktionale *Diffusität* (unbestimmt, wie in Familie)
Affektive Neutralität	Affektivität (Ausleben von Affekten)
Selbstorientierung (eigene Interessen)	Kollektivitätsorientierung (gemeinsame Interessen)
Leistungsorientierung	Zugeschriebenheitsorientierung (zugeschriebene Merkmale zählen)

11 In der Psychoanalyse gehört zu dieser Basis – oft ist auch von „Behandlungsbündnis" die Rede – vor allem das beiderseitige Einverständnis, zusammenzuarbeiten und bei Schwierigkeiten weiterzuarbeiten (vgl. Sandler et al., 1973).

fehlt das zentrale Element, wonach Heilungsschritte jeweils dann erfolgen, wenn der Widerstand des Analysanden sich zurückbildet bzw. wenn die Analytikerin eine angemessene Deutung im ‚richtigen Moment', nämlich in jenem Moment vorbringt, in dem der Analysand diese akzeptieren kann (vgl. Freud, 1914/1982). Oevermann betont, dass der Patient während des Behandlungsprozesses schmerzende Autonomieeinschränkungen in Kauf nimmt; im Fall somatischer Krankheit handelt es sich auch um „Körperverletzung" (1996, S. 132) – man denke an chirurgische Eingriffe. Dem Autor zufolge hat der therapeutische Prozess denn auch etwas Paradoxes an sich: Er hilft, indem er verletzt; er bildet eine Einheit von „Heilung durch Verwundung" (1996, S. 119).

Angesichts des Gewichts des psychoanalytischen Modells im Oevermann'schen Ansatz kann nicht erstaunen, dass die Heilung somatischer Krankheiten und das Verhältnis von Körper und Psyche in diesem Prozess relativ wenig behandelt werden. Fest steht aber, dass für Oevermann organische Krankheiten mit psychischen verzahnt sein können (vgl. 1996, S. 130). Im Fall des Lehrberufs, mit dem sich der Autor ebenfalls ausführlich beschäftigt hat (vgl. Oevermann, 1996 und 2002, vgl. auch Streckeisen et al., 2007), wird das Verhältnis zwischen psychischen und nicht psychischen Prozessen klarer. Die quasi-psychotherapeutische Dimension der Lehreraktivität, die Teil des Arbeitsbündnisses mit dem Schüler ist, steht *im Dienste* des (kritischen) Vermittelns von Wissen und von Normen. Genau genommen müsste für den somatischen Arzt festgehalten werden, dass dessen quasi-psychotherapeutische Arbeit im Dienste der somatischen Heilung steht. Ähnliches hat bereits Parsons (1964/1968) gesagt, der implizit den allgemein praktizierenden Arzt und den Internisten in freier Praxis vor Augen hatte (vgl. Streckeisen, 2001).[12] Anschließend müssten die Überlegungen auf andere Professionen übertragen werden.

1.3.3 Verortung des Oevermann'schen Professionellen in der Arbeitsgesellschaft

Die Gesellschaft, in welcher die Professionen und Berufe wirken, von denen der strukturtheoretische Ansatz handelt, ist eine Arbeitsgesellschaft. Unter solchen Bedingungen wird ein Großteil der anfallenden Bedürfnisse und damit auch der anfallenden ‚Krisen' in Form von erwerbsbezogener Arbeit (zumeist Lohnarbeit) bearbeitet. Erwerbsarbeit kann Jedermannsarbeit sein, aber auch berufs- oder professionsförmigen Charakter annehmen. Erst vor diesem Hintergrund werden die

12 Parsons interessiert sich explizit für den (psychischen) Aspekt des Krankheitsgewinns, der in „beinah jeder Krankheit" vorhanden sei (1964, S. 416). Der ‚gewöhnliche', somatisch orientierte Arzt betreibt Parsons zufolge unbewusst eine Psychotherapie und ist in der Lage, erfolgreich zum Abbau von Regressionstendenzen des Patienten beizutragen (vgl. Parsons, 1951/1958, S. 39).

vielen berufs- und professionssoziologischen Auseinandersetzungen mit den Fragen verständlich, welche Beziehung zwischen ‚Arbeit', ‚Beruf' und ‚Profession' besteht und was Professionen von gewöhnlichen Berufen unterscheidet (vgl. v. a. Hartmann, 1972; Freidson, 2001 u. a.).

Die Verortung von Professionen im Rahmen der Erwerbsgesellschaft hat konzeptualisierungsbezogene Folgen, die aber nur plausibel erscheinen können, wenn vorher auf das Berufskonzept eingegangen wird. In Anlehnung an die Münchner Berufssoziologie (vgl. Beck et al., 1980) kann unter ‚Beruf' ein Bündel von spezialisierten Arbeitsfähigkeiten verstanden werden, das gesellschaftlich normiert ist und vom Berufsakteur mit leidenschaftlichem sowie identitätsstiftendem Engagement verbunden wird. Wichtig im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem, dass der Berufsakteur in der arbeitsteiligen Gesellschaft nicht nur spezialisierte Leistungen erbringt, sondern dass sich mit dieser Leistungserbringung eine mehr oder minder kontinuierliche Erwerbschance verbindet. Arbeit in ‚Berufsform' wird also auch in der Absicht ausgeübt, Geld zu erwerben und den Lebensunterhalt zu sichern. Vertreter des Münchner Ansatzes sprechen dabei in Anlehnung an die Marx'sche Unterscheidung von Gebrauchswert und Tauschwert (vgl. MEW, 1890/1961) von einer objektiv-gesellschaftlich gegebenen „doppelten Zweckstruktur" (vgl. Beck et al., 1980, S. 243 ff.), die auf subjektiver Ebene eine Ambivalenz zwischen inhaltlichem Engagement und einer Mittel-zum-Zweck-Haltung (u. a. Streben nach Geld, Macht, Status, Prestige) nach sich ziehen kann[13]. Die doppelte Zweckstruktur gilt auch für ganze Berufsgruppen bzw. deren Interessensorganisationen.

Professionen, eine besondere Art von Beruf, können in Anlehnung an den strukturtheoretischen Ansatz zunächst als hochqualifizierte, an Wissenschaft und Fallverstehen orientierte Berufe charakterisiert werden, deren InhaberInnen im Rahmen eines autonom gestalteten Arbeitsbündnisses KlientInnen unterstützen, die zur Bewältigung einer ‚Krise' auf Hilfe angewiesen sind. Hinzu kommt nun, dass Professionen gleich wie Berufe durch eine doppelte Zweckstruktur geprägt sind. Die Bewältigungsprozesse, die Oevermann beschreibt, setzen implizit voraus, dass die Existenzgrundlage des Professionsinhabers über Honorarvereinbarungen oder ein Lohneinkommen gesichert ist und dass dieser ein unendlich großes Interesse daran hat, sich auf Prozesse der stellvertretenden Krisenbewältigung einzulassen. Von Beck et al. her gedacht ist aber im Organisationsprinzip ‚Profession' (und ‚Beruflichkeit') strukturell immer schon eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Arbeitsinhalt angelegt. Grundsätzlich kann dies – zu Ende gedacht – dazu führen,

13 Vgl. dazu auch Max Webers Unterscheidung zwischen innerem und äußerem Beruf (vgl. Weber, 1919/1988 und 1922/1985, S. 80 ff.).

dass finanzielle oder auch prestigebezogene Aspekte eine so hohe Bedeutung erlangen, dass die ‚Gebrauchswertproduktion' gefährdet ist. Man denke etwa an einen Kardiologen, der vor der Entscheidung steht, einer Patientin ein Medikament zu verschreiben oder einen minimalinvasiven Eingriff mit Katheterplatzierung vorzunehmen; beides verspricht in seinen Augen Hilfe, doch die Intervention bringt vergleichsweise hohe Einnahmen, während das Medikament vergleichsweise geringe Unannehmlichkeiten verursacht. Falls der Kardiologe die Intervention vornimmt, verfolgt er Tauschwertinteressen zuungunsten von Gebrauchswertinteressen.

Neben finanziellen Ressourcen oder Prestige können auch andere Ressourcen, die Tauschwertcharakter haben, etwa Status oder Macht, in den Vordergrund treten: Infrage stehen gesellschaftliche ‚Güter', die ungleich verteilt sind und deren Besitz gesellschaftlich als erstrebenswert gilt. Der Machtansatz der Professionssoziologie, der zu Beginn des vorliegenden Beitrags skizziert worden ist, kann vor dem Hintergrund der Münchner Berufssoziologie als Ansatz betrachtet werden, der letztlich von *verselbstständigten* Tauschwertinteressen handelt, angesichts derer problem- und gebrauchswertbezogene Faktoren (z. B. das „Patientenwohl") nur noch Legitimationscharakter haben. Damit ist diesem Ansatz zuzugestehen, dass er bedeutsame Gefahren thematisiert, die in die moderne Einrichtung Profession, weil sie sich mit Erwerbstätigkeit verbindet, immer schon ein gebaut sind. Es geht um Gefahren, die den Gelingensbedingungen entgegenstehen, auch wenn die Handlungsautonomie garantiert ist.

1.4 Entwicklungsaspekte von Gesundheitsberufen im Lichte des erweiterten strukturtheoretischen Ansatzes

Im Folgenden wird anhand von ausgewählten Thematiken aus dem Bereich der Gesundheitsberufe gezeigt, dass sich der erweiterte strukturtheoretische Professionsansatz für die Erfassung aktueller Entwicklungstendenzen fruchtbar machen lässt.

1.4.1 Neue Krisen? Das Beispiel des ‚langen Sterbens'

Chronische Krankheit, degenerative und psychische Erkrankungen, Hochbetagtheit und Sterben als „langes Sterben"[14] (Schmied, 1985): Das sind gesundheitsbezogene Probleme, welche die Gesellschaft im 20. und 21. Jahrhundert immer mehr herausfordern. Es geht um Probleme, bei deren

14 Damit ist ein Sterben gemeint, das bei chronischer und degenerativer Krankheit häufig vorkommt. Es dauert im Vergleich zu historisch früheren Epochen, die viele Epidemien kannten, aber auch im Vergleich zum Unfalltod kalendarisch-zeitlich lang.

Bearbeitung die herkömmliche Medizin an Grenzen stößt und nicht ärztliche Berufsgruppen an Bedeutung gewinnen. Ob solche Berufe professionalisierungsbedürftig sind oder nicht, hängt davon ab, welche Problemdefinitionen orientierungsleitend sind. Am Beispiel des ‚langen Sterbens' lässt sich zeigen, dass verschiedene Deutungen miteinander konkurrieren.

Eine der Deutungen des Sterbeprozesses ist psychoanalytisch ausgerichtet, sie lässt sich also gut mit Parsons und Oevermann verbinden. In den Augen des Arztes und Psychoanalytikers Eissler (1955/1978) ist es aus entwicklungspsychologischer Sicht immer möglich, dass am Ende des Lebens eine teilweise Umformung der Persönlichkeit stattfindet, die neue Entwicklungsschritte erlaubt. Der Autor stellt der verbreiteten Idee der Euthanasie, wie er es im Jahr 1955 nennt, die – relativ abstrakte – Idee der Orthothanasie entgegen. Die Orthothanasie soll den Sterbenden beim Erkennen der Wirklichkeit unterstützen, sodass er sich dem Tod nicht im Zustand einer Illusion oder Verleugnung nähert. Zwar wird der Abschied vom Leben dadurch nicht unbedingt erleichtert, doch es ist Wahrheit, nicht etwa Trost, die im Zentrum steht, denn die Wahrheit, so bitter sie auch sei, erweitert das menschliche Selbst. Eissler geht von Sterbenden aus, denen es gesundheitlich vergleichsweise gut geht. Die Sozialisation bzw. das Erwachsenwerden dauert sozusagen bis zum Tod fort. Falls ein Sterbender bei einem solchen nochmaligen Reifeprozess Hilfe in Anspruch nimmt – so lässt sich überlegen –, muss der Betreuer professionalisiert sein, d.h. die Fähigkeit haben, psychoanalytisch zu intervenieren. Eine Kurzausbildung im Pflege- und Palliativbereich dürfte nicht reichen, um solche Aufgaben zu übernehmen.

Eine entgegensetzte Vorstellung vom wünschenswerten Sterben findet sich bei Neidhart (1995). Er fordert, dass Sterbende in der letzten Phase auch schwach, mutlos und kontaktunfähig sein dürfen. Als protestantischer Theologe verweist er auf den Glauben an Gottes Führung. Glaube meint für ihn aber auch den Mut zum Nichtwissen bezüglich der Frage, ob es nach dem Tod zu Ende ist oder in irgendeiner Weise weitergeht. Das Bild des Sterbens, das Neidhart zeichnet, ist gleichsam eine ‚umgekehrte' Sozialisation: Der sterbende Mensch wird wieder Kind, er durchläuft einen Prozess der Regression und versucht nicht stark zu sein, denn er vertraut auf Schutz und ist in Gottes Hand. Der Betreuer dieses Sterbenden – so ist zu vermuten – muss sicher *nicht* die Fähigkeit besitzen, dem Gegenüber im richtigen Zeitpunkt Deutungen mitzuteilen, die aufklärenden Charakter haben und den Prozess des weiteren Mündigwerdens fördern. Doch muss er Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse handzuhaben wissen, um mit der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit des Klienten ggf. über eine lange Zeitdauer hinweg umgehen zu können und nicht z.B. aggressiv zu werden, wie man es aus Pflegeheimen kennt. Eine Professionalisierungsbedürftigkeit entsprechender Tätigkeiten dürfte also insofern gegeben sein, als die

Fähigkeit zu einem Arbeitsbündnis und die diesem vorausgesetzte Autonomie, aber auch die Fähigkeit zum Fallverstehen vorhanden sein müssen. Demgegenüber dürfte (natur-)wissenschaftliches Wissen kaum eine Rolle spielen. Unter den Professionen bieten in solchen Situationen bisher typischerweise Geistliche ihre Hilfe an. Für Sterbende, die säkular orientiert sind, fehlen unter den herkömmlichen Professionen die ‚passenden' Berufe. Doch sind im Bildungswesen, insbesondere im Rahmen von Pflegeausbildungen, viele Entwicklungen in Gang gekommen, die weiterführen können (vgl. u. a Ewers/Schaeffer, 2005).

Die beiden genannten Deutungen des Sterbens gehen von einem vergleichsweise innengeleiteten bürgerlichen Subjekt aus. Sie unterscheiden sich von gesellschaftlichen Tendenzen, die normative Bilder des ‚machbaren' Sterbens hervorbringen und zur Herausbildung von institutionellen, fast ‚kulturindustriellen' Angeboten im Stil von Sterbevorbereitungskursen führen, die das Durchlaufen bestimmter ‚Phasen' zur sozialen Erwartung werden lassen, ja sogar die Vorstellung nähren, das Lebensende lasse sich gleichsam planen und aktiv meistern (vgl. Streckeisen, 2001). Aus einer Oevermann'schen Perspektive wird die Krise des Sterbens durch solche Deutungen tendenziell getilgt. Sterben, das keinen Autonomieverlust mit sich bringt und keine Ungewissheiten kennt, ist nicht auf professionalisierte Betreuung angewiesen. Verhaltenstheoretisch inspirierte Unterstützung dürfte aber hilfreich sein.

Inwieweit die gesellschaftlich konkurrierenden Deutungen des Sterbens im konkreten Fall eines Menschen-am-Lebensende ihre Bestätigung erfahren, ist eine offene Frage. Handlungsleitend für den beruflichen Helfer, dessen Hilfe als *gelingende* Hilfe bezeichnet werden kann, sind nicht die mehr oder minder institutionalisierten gesellschaftlichen Deutungsmuster, sondern die Art und Weise, in der ein konkreter Sterbender (bzw. seine Nächsten) seine eigene Situation selbst deutet. Dem Helfer, der über eine gewisse Professionalisiertheit, also über die Fähigkeit des fallverstehenden Eingehens auf das Gegenüber verfügt, dürfte es nicht allzu schwerfallen, dieser individuellen Deutung auf die Spur zu kommen und angemessene Unterstützung anzubieten oder doch herbeizuholen.

1.4.2 ‚Scheinkrisen'? Das Beispiel des Enhancement

Angesichts fortschreitender medizintechnischer Möglichkeiten eröffnen sich bekanntlich Perspektiven, die Fragen der Krankheit transzendieren. Zu denken ist insbesondere an die Entwicklung von „Enhancement" und „Gesundheitsoptimierung". Damit sind medizinische oder biotechnologische Interventionen, aber auch Wellnessbehandlungen angesprochen, deren Ziel-

setzung nicht primär therapeutischer und auch nicht präventiver Art ist; sie zielen vielmehr darauf ab, Menschen in ihren Fähigkeiten und in ihrer Gestalt in einer Weise zu verändern, die in den jeweiligen soziokulturellen Kontexten als Verbesserung wahrgenommen wird. Es fragt sich, um was für Interventionen es sich hier handelt. Ist ein schönheitschirurgischer Eingriff als ‚einfache', quasi kurative Herstellung von Gesundheit zu betrachten, weil der Behandelte sich vorher minderwertig und lebensuntüchtig, also psychisch ‚krank' fühlt? Oder geht es um eine Dienstleistung am gesunden Kunden, der seinen Lebensstil angenehmer gestalten und noch ‚gesünder' als zuvor sein möchte, um Enhancement?

Eine interpretative Studie von Meili (2008) zeigt auf, dass sich Schönheitschirurgen bei der Legitimation ihrer Arbeit zwischen zwei Selbstdeutungen hin und her bewegen. Im ersteren Fall werden schönheitschirurgische Eingriffe in Anlehnung an die rekonstruktive Chirurgie, die etwa nach Unfällen zum Einsatz gelangt, darüber legitimiert, dass sie therapeutische Wirkungen erzielen, weil psychisches Leiden verringert werde. Die Eingriffe werden also im Rahmen der Medizin verortet, welche Gesundheit als Abwesenheit-von-Krankheit (wieder) herstellt und (im Idealfall) professionalisiert arbeitet. Im zweiten Fall gilt Schönheitschirurgie als Dienstleistung für mündige, selbstbestimmte Kunden, die souverän entscheiden können, auch wenn ein gewisser Leidensdruck vorliegt. Im Rahmen dieses Deutungsschemas wird die Schönheitschirurgie aus der ärztlichen Heilkunst herausgelöst. Während des Verkaufsgesprächs könnte die Chirurgin z. B. fragen: „Welche Nasenkorrektur darf es denn sein? Was haben sie sich vorgestellt"? Die therapeutisch orientierte Ärztin dagegen würde während der ersten Konsultation beispielsweise fragen: „Was führt Sie zu mir? Was sind Ihre Beschwerden?"

MedizinerInnen, die Enhancementangebote machen, mussten immer schon mit dem Vorwurf der Scharlatanerie rechnen und fanden auch in den eigenen Kreisen wenig Beifall. Das ist heute kaum anders. Die Deutung, wonach Optimierungseingriffe als ‚heilende', somit krisenbewältigende Intervention zu betrachten sind, die womöglich über die Sozialversicherung finanziert wird, scheint sich gesellschaftlich bisher nicht durchgesetzt zu haben. In einer Gesellschaft, in der soziale Zugehörigkeit immer häufiger durch körperformende Strategien gesucht und gefunden wird, kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass eine schönheitschirurgische Intervention im Einzelfall Heilungscharakter annimmt und professionalisiert angegangen werden muss; durch Fallverstehen lässt sich eine entsprechende Notwendigkeit erkennen. Am anderen Ende des Kontinuums steht der Klient, der nur technisch perfekte Arbeit erwartet. In seinen Augen ist der

medizinische Experte kein ‚Krisenbewältiger', kein ‚Arzt' im herkömmlichen Sinn, auch wenn er Medizin studiert hat.

1.4.3 Spezialärzte im Krankenhaus zwischen Freiberuflertum und Angestelltenstatus: bedrohte oder erhöhte Professionalisiertheit?[15]

Verbreitete Probleme oder ‚Krisen' – etwa Kreislaufbeschwerden – werden derzeit zum Teil von ÄrztInnen bearbeitet, die unter historisch neuen Arbeitsbedingungen tätig sind. In den öffentlichen Krankenhäusern der Schweiz z. B. gibt es seit einigen Jahren leitende SpezialärztInnen, die einen Teil ihrer Arbeit – z. B. einen Tag bis zwei Tage pro Woche – unter Bedingungen verrichten, die jenen des freiberuflichen Arztes ähnlich sind: Sie haben ihre eigene „Sprechstunde" (so der Feldausdruck), d. h. sie empfangen ihre eigenen PatientInnen, stellen eine Diagnose und führen ggf. eine Behandlung durch. Der Hausarzt weist diese PatientInnen den ÄrztInnen persönlich und nicht dem Krankenhaus als Institution zu, was eine gewisse Unabhängigkeit vom Betrieb mit sich bringt. Dennoch übernimmt die Verwaltungsabteilung des Betriebs die Erledigung vieler administrativer Aufgaben. Diese ÄrztInnen arbeiten fachlich selbstständig und pflegen u. a. im Rahmen von Kolloquien und Fallbesprechungen kollegialen Austausch. Sie erhalten wie Freiberufler ein Honorar, das aber im Rahmen eines Vertrags mit dem Krankenhaus festgelegt wird; in dessen Berechnung findet die Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses (inkl. Verwaltung) Eingang. Den anderen Teil der Arbeit, der zeitlich umfangreicher ist, verrichten diese ArztInnen im herkömmlichen Modus als Angestellte ihrer Institution. Neben der Anleitung und Überwachung von jungen AssistenzärztInnen geht es dabei primär um Diagnosestellung und Therapie bei PatientInnen, die für einen stationären Aufenthalt ins Krankenhaus kommen, ohne dass sie dabei einem individuellen Arzt, einer individuellen Ärztin zugewiesen worden wären.

Wie ist diese Entwicklung einzuschätzen, die weg vom freiberuflichen Spezialisten-in-eigener-Praxis hin zum quasi freiberuflichen Spezialisten-im-Krankenhaus führt, der neben Aufgaben des ärztlichen Angestellten eine eigene kleine Praxis betreibt? Geht es um einen neoliberalen Trick der neuen managementgeübten Krankenhausdirektoren? Eine Studie zu dieser Frage liegt nicht vor. Doch wenn man die beschriebene Situation mit einer externen Spezialpraxis vergleicht, lässt sich hypothetisch annehmen, dass die Entstehung einer Beziehung vom Typ Arbeitsbündnis –

15 Ein herzlicher Dank geht an Prof. Dr. med. Felix Mahler für seine Erläuterungen zu diesem Thema.

soweit dies bei der Behandlung durch SpezialistInnen erforderlich ist – im Krankenhaus ebenfalls möglich ist: In beiden Fällen wird der Spezialist dem Patienten von seinem Hausarzt empfohlen, zu dem er (idealiter) Vertrauen hat. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die ‚Sprechstundentätigkeit' im Krankenhaus den fachlichen Austausch unter ÄrztInnen fördert und das Engagement in der Lehre (AssistentInnenbetreuung) fachlich wach hält. Beides dürfte die Qualität der Arbeit erhöhen. Im Vergleich mit der Arbeit als nur angestellter Arzt verfügt der leitende Arzt, der zusätzlich eine eigene „Sprechstunde" hat, über mehr Unabhängigkeit von betrieblichen Hierarchien und Abläufen, kann sich also eher vom fachlichen Denken leiten lassen und auf den einzelnen Fall eingehen. Auch ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten dürfte ihm leichter fallen, weil dieser ihm direkt zugewiesen wird und betriebliche Anonymität weniger zum Tragen kommt. Dass der Arzt ein leistungsabhängiges Honorar und kein regelmäßiges Monatsgehalt bezieht, kann als – rein äußerer – Anreiz für gute Arbeit, aber auch als Stimulus für die erhöhte Verfolgung materieller Interessen dienen, was der Professionalisiertheit entgegenstehen würde. Insgesamt gesehen ist die Entstehung des Status ‚Leitender Arzt mit zusätzlicher eigener Sprechstunde' in kritisch-strukturtheoretischer Perspektive aber als Entwicklung zu werten, die der Krisenbewältigung in der Akutmedizin eher förderlich ist.

1.4.4 Emanzipation des Pflegeberufs zwischen Gebrauchswert- und Tauschwertinteresse

Auch wenn er das Feld der Gesundheit nach wie vor dominiert und ärztliche Spezialisierungen immer mehr Bedeutung erlangen, verliert der Ärztestand doch zunehmend seinen Leitprofessionscharakter. Dafür durchlaufen bekanntlich andere therapeutisch ausgerichtete, aber *nicht* ärztliche Berufe wie etwa die Krankenpflege oder die Ergotherapie einen nach ‚oben' weisenden, aus der Sicht des Machtansatzes als kollektiven Mobilitätsprozess zu bezeichnenden Aufstieg.

Vor dem Hintergrund der doppelten Zweckstruktur von berufs- oder professionsförmiger Arbeit lässt sich fragen, ob die beobachtbare Entwicklung im Gesundheitswesen Ausdruck funktionaler Erfordernisse ist (Gebrauchswertaspekt) oder ob auch tauschwertbezogene Mechanismen eine Rolle spielen. Am Beispiel der Krankenpflege lässt sich die Problematik gut aufzeigen. Der Krankenpflegeberuf entstand im 19. Jahrhundert, als sich innerhalb des Krankenhauses das professionelle Paar ‚Arzt-Schwester' herausbildete. Aus dem Hospital für arme und randständige Menschen, in dem Pflegende selbstständig arbeiteten und Ärzte nur konsiliarisch beigezogen wurden, entstand damals das Krankenhaus, in dessen Rahmen Kranke geheilt werden. Der Arzt,

der hier arbeitete, verlor seine *frei*berufliche Unabhängigkeit, während seine neue Kollegin, die Schwester, sich von der *vor*beruflichen Bindung an das Mutterhaus emanzipierte: Eine statusmäßige Angleichung als Angestellte fand also statt. Im Krankenhaus liegt der spezifische Part der Beziehung zum Patienten vorwiegend beim Arzt, während der diffuse vorwiegend bei der Schwester angesiedelt ist: Während die Ärzte die medizinische Deutungs- und Handlungsmacht in sich vereinigen und Diagnose sowie Therapie übernehmen, sind die ‚übrig bleibenden' Probleme der zudienenden Krankenpflege überlassen (vgl. Streckeisen, 2001, 2010).

Die Asymmetrie zwischen dem (männlichen) Arzt und der (weiblichen) Schwester wurde bekanntlich vor allem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend als illegitim eingeschätzt. Gegen den tieferen Status der Krankenpflege wandten sich ab 1950 zahlreiche berufs- und bildungspolitische Initiativen, mit denen das angestrebt wurde, was gemeinhin ‚Professionalisierung der Pflege' heißt. Das Anliegen der Eigenständigkeit schlug sich vor allem in der Verwissenschaftlichung nieder, wobei die Verwissenschaftlichung teilweise – z. B. bis vor Kurzem in der Deutschschweiz – nur die Kaderausbildung betrifft. Auch heute noch gehen die Autonomiebestrebungen der Pflege weiter, denn die positionale Asymmetrie zwischen ÄrztInnen und Pflegenden im Krankenhaus besteht weiterhin, auch wenn sich ein respektvolleres Nebeneinander der beiden Berufsgruppen herausgebildet hat.

Aus der Sicht des Machtansatzes gehen die Emanzipationsbestrebungen der Pflege von einem hoch legitimen Interesse aus. Strukturtheoretisch indes stellt sich die Frage, ob entsprechende Initiativen *eo ipso* die Krankenbehandlung verbessern. Wie genau wird z. B. von einer Pflegepolitik, die mehr distanzierte Wissenschaftlichkeit anstrebt, die Frage diskutiert, inwieweit unter den neuen Bedingungen ein Arbeitsbündnis mit den PatientInnen möglich ist? Stichweh macht vermutlich zu Recht geltend, dass die Strategie des Unabhängigerwerdens der ärztlich dominierten Berufe zur Abwertung der beruflichen Praxis führen kann. Er vermutet, dass sich der neue „Elitestatus" (z. B. der hohe Status von PflegewissenschaftlerInnen im Pflegebereich als Ganzes) der Tatsache verdankt, dass nicht praktiziert, dafür aber Lehre und Forschung betrieben wird (vgl. Stichweh, 1994, S. 325 f.). Statusmäßiger Aufstieg der Pflege und die Verbesserung der Krisenbearbeitung mit PatientInnen: Das eine geht wohl kaum im anderen auf.

1.5 Fazit

Der vorliegende Beitrag plädiert dafür, den strukturtheoretischen Ansatz der Professionssoziologie in der Oevermann'schen Version kritisch weiterzuentwickeln. Er beschäftigt sich am

eindringslichsten mit dem gesellschaftlichen Phänomen ‚Profession'. Andere Ansätze erwecken mitunter den Eindruck, das Paradigma, in dem sie beheimatet sind, werde nun ‚auch noch' auf das Thema ‚Profession' angewendet. Oevermann dagegen wählt als Ausgangspunkt seiner Soziologie das professionalisierte Handeln. Seine umfassendere Theorie zur Erzeugung von Neuem ist gleichsam *‚darum herum'* gebaut (vgl. z. B. Oevermann, 1996, 81 ff.). Auf diese umfassendere Theorie wurde im vorliegenden Beitrag nicht eingegangen, um die Verbindung zur Professionssoziologie nicht zu verlieren. Vielfach sind Beiträge und Studien, die an Oevermann anknüpfen, von der übrigen Professionssoziologie gänzlich abgekoppelt.

Theoriegeschichtlich wurde dargelegt, dass sowohl Parsons, auf den die strukturtheoretische Professionssoziologie zurückgeht, als auch Oevermann, ihr prominentester Vertreter von heute, unmittelbar an den ‚Aufklärer' Sigmund Freud anknüpfen. Dabei stehen aber dessen klinische Schriften im Vordergrund. Müsste man Freud als Gesellschaftstheoretiker in der Soziologie einordnen, wäre er wohl als Konflikttheoretiker zu bezeichnen, der vom Individuum her das Ganze aufbaut. Parsons dagegen denkt als Konsenstheoretiker vom System her und fokussiert dessen Zusammenhalt. Oevermann steht irgendwo dazwischen. Für Freud, in dessen Augen die Triebansprüche des Es in einem Gegensatz zum Über-Ich und zur äußeren Realität, ja zu Kultur und Gesellschaft überhaupt stehen, dient Therapie der Subjektwerdung des Einzelnen angesichts von widersprüchlichen Strebungen und Kräften. Für Parsons, der soziale Phänomene über ihre Funktion für das größere Ganze beschreibt, steht Therapie im Dienste der Kanalisierung von sozialer Abweichung. Oevermann schließlich distanziert sich zwar von Parsons' Einbettung der Therapie in einen Rahmen der sozialen Kontrolle (vgl. 1996, S. 109) und entwickelt sein eigenes Konzept von autonomer Lebenspraxis. Doch bleiben Ausführungen zu gesellschaftlichen Widersprüchen und Konflikten am Rand.

Durch die Verortung des – strukturtheoretisch gefassten – Phänomens ‚Profession' in der modernen Erwerbsgesellschaft wurde die konflikttheoretische Perspektive im vorliegenden Beitrag wieder ‚rehabilitiert'. In Anlehnung an die Münchner Berufssoziologie wurde versucht, Profession auch als soziale Einrichtung zu betrachten, die von – auf den Strukturen der Gesamtgesellschaft gründenden – Spannungen durchdrungen ist. Damit konnte der professionssoziologische Machtansatz gleichsam in den strukturtheoretischen ‚eingebaut' werden. Letztlich bilden *verselbstständigte* Tauschwertinteressen bezüglich Geld, Macht, Status oder Prestige den Gegenstand des Machtansatzes; problem- und gebrauchswertbezogene Faktoren (z. B. das „Patientenwohl") übernehmen in diesem Kontext ein Legitimationsfunktion. Im Rahmen der Struk-

turtheorie indes erhalten Tauschwertaspekte den Charakter von gesellschaftsstrukturell verankerten Gefahren. Tauschwertaspekte können den Gebrauchswertbezug erschweren, ohne dass dafür aber eine Notwendigkeit bestünde.

Dass sich die erarbeitete strukturtheoretische Sicht auf ‚Profession' soziologisch fruchtbar machen lässt, wurde zu zeigen versucht durch Überlegungen zum Sterben als mögliche ‚Krise', zum Enhancement als mögliche ‚Scheinkrise' sowie zu Statusveränderungen im Arzt- und Pflegeberuf und deren Implikationen für stellvertretende Krisenbewältigung. Dabei wurde deutlich, dass die Professionalisierungfrage sich für sehr viele, auch gerade für prestigearme Berufe etwa in der Sterbendenbetreuung stellt und dass sie, umgekehrt, bei gewissen Mitgliedern der (prestigereichen) Berufsgruppe der Mediziner – etwa bei Schönheitschirurgen – irrelevant sein kann: Der Rahmen der klassischen Professionen, von denen die Professionssoziologie einst ausging, ist gesprengt.

Literatur

Abott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Beck, U./Brater, M./Daheim, H. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Collins, R. (1987). *Schliessungstheorie und die Konflikttheorie der Professionen*. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 12 (2), S. 46–60.

Combe, A./Helsper, W. (1996). *Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypotheken und aktuelle Entwicklungstendenzen*. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 9–48.

Etzioni, A. (Hrsg.) (1969). *The Semi-Professions and their Organization*. New York: The Free Press.

Ewers, M./Schaffer, D. (Hrsg.) (2005). *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Hans Huber.

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity.

Freud, S. (1915). *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*. In: Freud, S.: Studienausgabe, Frankfurt a. M.: Fischer, 1982, Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik, S. 217–230.

Freud, S. (1914). *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. In: Freud, S.: Studienausgabe, Frankfurt a. M.: Fischer, 1982, Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik, S. 205–216.

Goode, W. (1957). *Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In*: Luckmann,T./ Sprondel, W. M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer &Witsch 1972, S. 157–168.

Hartmann, H. (1972). *Arbeit, Beruf, Profession*. In: Luckmann, T., Sprondel, W. M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer und Witsch, S. 36–52.

Hughes, E. C. (1960). *The Professions in Society*. In: Hughes, E. C. (Hrsg.): The Sociological Eye. Chicago-New York: Aldine 1971, S. 364–373.

Hughes, E. C. (1951/1971). *Work and Self*. In: Hughes, E. C. (Hrsg.): The Sociological Eye. Selected papers. Book Two – Work, Self, and the Study of Society. New Brunswick and London: Transaction Books, S. 338–347.

Mackert, J. (2004). *Die Theorie sozialer Schliessung*. In: Mackert, J. (Hrsg.): Theorie sozialer Schliessung. Tradition, Analysen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–26.

Meili, B. (2008). *Experten der Grenzziehung – Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle*. In: Villa, P.-I. (Hrsg.): schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript, S. 119–142.

MEW (Marx Engels Werke, Bd. 23 1890 [4. Ausg.]/1961). *Das Kapital*. Erster Band. Berlin: Dietz.

Müller-Pozzi, H. (1991). *Psychoanalytisches Denken*. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber.

Neidhart, W. (1995). *Die Auseinandersetzung mit dem Sterben im Kontext des weltanschaulichen Pluralismus*. In: Günter-Dubach, M. B./Meyer-Schweizer, R. (Hrsg.): ALTERnativen. Brüche im Lebenslauf. Bern-Stuttgart-Wien: Paul Haupt, S. 257–270.

Oevermann, U. (1996). *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. In: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 70–182.

Oevermann, U. (2002). *Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns*. In: Kraul, M./Marotzki, W./Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 19–63.

Oevermann, U. (2008). *Profession contra Organisation? Strukturtheoretische Perspektiven zum Verhältnis von Organisation und Profession in der Schule*. In: Helsper, W./Busse, S./Hummrich, M./Kramer, R.-T. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität in Organisationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 55–77.

Parkin, F. (1974/1983). *Strategien sozialer Schliessung und Klassenbildung*. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2. Göttingen: Schwartz, S. 121–135.

Parsons, T. (1951/1958). *Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 1958, S. 10–57 (Übersetztes zehntes Kapitel aus „The Social System", Glencoe 1951: The Free Press).

Parsons, T. (1964/1968). *Einige theoretische Bemerkungen zum Bereich Medizinsoziologie*. In: Parsons, T. (Hrsg.): Sozialstruktur und Persönlichkeit, Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt, 1968, S. 408–449.

Parsons, T. (1969/1978). *Research with Human Subjects and the „Professional Complex"*. In: Parsons, T.: Action Theory and the Human Condition. New York, London: The Free Press, S. 35–65.

Parsons, T./Platt, G. M. (1973/1990). *Die amerikanische Universität*. Frankfurt a. M..: Suhrkamp.

Pfadenhauer, M. (2003). *Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz*. Opladen: Leske und Budrich.

Sandler, J./Dare, C./Holder, A. (1973). *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schmeiser, M. (2006). *Die Arbeitsgruppe Professionssoziologie und die Randständigkeit der Professionssoziologie im deutschsprachigen Raum*. Soziologie, 35 (2), S. 178–191.

Schmied, G. (1985). *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*. Opladen: Leske und Budrich.

Schütze, F. (1992). *Sozialarbeit als „bescheidene Profession“.* In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radtke, F.-O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, S. 132–179.

Schütze, F. (1996). *Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 183–275.

Stichweh, R. (1987/1994). *Professionen und Disziplinen. Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften.* In: Stichweh, R. (Hrsg.): Wissenschaft, Universität, Professionen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 278–336.

Stichweh, R. (1996). *Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 49–69.

Streckeisen, U. (1998). *Professionalisierte Wissenschaft?* In: Ummel, H. (Hrsg.): Konstruktionen von Professionalität im beruflichen Alltag. Tagungsdokumentation. Jena: Eigenverlag, S. 85–102.

Streckeisen, U. (2001). *Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie.* Opladen: Leske und Budrich.

Streckeisen, U. (2010). *Arzt und Schwester, Ärztin und Pfleger. Berufssoziologische Überlegungen zum Wandel eines ‚professionellen Paares‘.* In: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.): Arbeitsgruppe „Berufsbilder“ der Steuerungsgruppe „Zukunft Medizin Schweiz“. SAMW-Website.

Streckeisen, U./Hänzi, D./Hungerbühler, A. (2007). *Fördern und Auslesen. Deutungsmuster von Lehrpersonen zu einem beruflichen Dilemma.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Terhart, E. (1992). *Lehrerberuf und Professionalität.* In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radtke, F.-O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, S. 103–131.

Weber, M. (1919/1988). *Wissenschaft als Beruf.* In: Weber, M.: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: J. C. B. Mohr, UTN (Paul Siebeck), 1988, S. 582–613.

Weber, M. (1922/1985). *Wirtschaft und Gesellschaft.* Tübingen: J.C.B. Mohr, 1985.

Wetterer, A. (Hrsg.) (1995). *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen.* Frankfurt a. M.: Campus.

2 Warum die (ärztliche) Profession auch in Zukunft nicht verschwindet

Systemtheoretische Überlegungen

WERNER VOGD

Der vorliegende Beitrag stellt zunächst die institutionellen Bedingungen der Entstehung von Professionen dar. Anschließend wird am Beispiel der gegenwärtig zu beobachtenden Ökonomisierungs- und Rationalisierungsprozesse die Frage gestellt, inwieweit auch in Zukunft professionelle Akteure eine tragende Rolle in der Krankenbehandlung spielen werden. Aus einer systemtheoretisch informierten Perspektive zeigt sich, dass weder Wissenschaft, noch Technik sowie Organisationen oder andere Standardisierungsbemühungen das Bezugsproblem der Professionen aushebeln können, im Gegenteil: Unsicherheit und Werteambivalenzen wachsen durch das Eindringen diesbezüglicher Rationalitätskalküle eher, als dass sie beruhigt werden können. Der professionelle Akteur, der in engem Bezug zum Patienten autonom Entscheidungen treffen kann, wird deshalb auch in Zukunft unersetzbar sein. Es bleibt aber die Frage, ob nicht auch die Pflegekräfte vermehrt zu diesbezüglichen Aufgaben ermächtigt werden können.

Der Begriff *Profession* wird in unterschiedlichen Weisen verwendet. Im Sinne einer weichen Fassung ähnelt er beispielsweise dem Begriff des *Experten*. In Kombination von Berufserfahrung und spezifischen, akademisch fundierten Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen erlangt man hier Kompetenzen, um in einem Dienstleistungsfeld *professionell* agieren zu können. Aus dieser Perspektive lässt sich eine Vielzahl von Berufen professionalisieren. Sei es der Finanzausschuss im Aufsichtsrat, die Stationspflegeleitung oder das Eventmanagement – überall lässt sich die Forderung anbringen, über entsprechende Fortbildungen ein Mehr an Professionalität zu erreichen.

In der starken professionssoziologischen Fassung wird der Begriff der *Profession* demgegenüber für einige wenige besondere Berufsgruppen reserviert, die in der Hinsicht über ein solch hohes Maß an Autonomie verfügen, dass sie in Abwägung widersprüchlicher, oftmals inkommensurabler Ansprüche Entscheidungen für ihre Klienten treffen. Die professionelle Sonderrolle reduziert sich hiermit nicht nur auf formalisierbares Wissen oder eine bestimmte Expertise, sondern beinhaltet darüber hinaus die Fähigkeit, unter Unsicherheit Entscheidungen zu treffen und diese in Hinblick auf die Verantwortung gegenüber den Klienten und der Gesellschaft abzuwägen und zu reflektieren. Der Professionelle übernimmt damit in besonderem Maße Verantwortung, da in komplexen Ausgangslagen auch riskante Entscheidungen getroffen werden müssen.

In diesem Beitrag verfolgen wir einen starken Professionsbegriff in letzterem Sinne. Ein solcher Professionsbegriff ist im Prinzip schon bei Parsons (1958) angelegt und wurde insbesondere von Stichweh (1987; 1996) aus systemtheoretischer sowie aus konstitutionslogischer Perspektive von Oevermann (1996) weiterentwickelt.

Da die Entstehung von Professionen mit historisch-gesellschaftlichen Konstellationen einherging (z. B. der Einführung der Sozialversicherung) und einhergeht, entsteht die Frage, ob nicht bestimmte institutionelle Wandlungen in einigen Berufen zum Verlust von Autonomie – möglicherweise gar zu einer *Deprofessionalisierung* – führen. Beispielsweise ließe sich vermuten, dass der Krankenhausarzt aufgrund ökonomischer und technischer Zwänge der Krankenhausorganisation und der Zunahme an Leitlinien und Standards immer seltener in der Lage ist, seine Entscheidungen in Referenz auf Patientenbedürfnisse abzuwägen. Möglicherweise verhält es sich aber gerade anders herum. Der ökonomische Druck, die organisatorischen Zwänge und die rechtlichen Standards könnten Unsicherheiten und Entscheidungsfragen aufwerfen, die ihrerseits nur durch einen professionellen Akteur bearbeitet werden können. Es ließe sich also ebenso gut argumentieren, dass gerade der ökonomische Druck die Rolle des autonomen professionellen Akteurs stärkt; denn nur er hat die Autorität im Zweifelsfall im Sinne der Interessen der Patienten und entgegen kurzfristiger Gewinnmöglichkeiten der Organisation zu entscheiden.

Im Folgenden werden diese Fragen aus einer professionstheoretischen Perspektive heraus erörtert, die vor allem an systemtheoretische und konstitutionstheoretische Überlegungen anknüpft. In Kapitel 2.1 dieses Beitrags beschäftigen wir uns am Beispiel der Medizin insbesondere mit den zentralen Befunden einer solchermaßen informierten Professionstheorie. Anschließend stellen wir die Frage nach den institutionellen Bedingungen, die professionelle Haltungen ermöglichen. In Kapitel 2.3 wird am Beispiel der ärztlichen Profession die Frage behandelt, was professionelles Handeln im Kontext der komplexen Lagerungen, wie sie in gegenwärtigen Organisationen anzutreffen sind, bedeutet. Im abschließenden Teil werden Überlegungen zu den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege angestellt.

2.1 Professionelle Autonomie vs. Wissenschaft

Als gesellschaftlich ausdifferenziertes Funktionssystem stellt sich auch das Medizinsystem als ein autonom und nach eigenen *Gesetzlichkeiten* operierendes gesellschaftliches Teilsystem der Gesellschaft dar, dessen originäre Aufgabe der Krankenbehandlung von keinem anderen System übernommen werden kann (weder die Gesundheitswissenschaftlerin, noch der Gesundheitspäd-

agoge weiß, was im Falle ernsthafter Krankheit zu tun ist). Als System orientiert sich die Medizin natürlich am Funktionsvollzug und nicht an ihren Grenzen. „Hohe Unsicherheiten in Diagnose und Krankheit" mögen zwar vorhanden sein und „werden zugestanden", spielen aber in der Praxis der Krankenbehandlung keine Rolle, „denn die Ärzte orientieren sich natürlich nicht an ihrer Unsicherheit, sondern an dem, was sie sehen und wissen" (Luhmann, 1990, S. 183). Professionalisierung heißt in diesem Sinne auch, dass für die Medizin nun gerade nicht mehr der ganze Mensch (was immer das auch heißen mag) im Zentrum des Handelns steht, sondern der spezifische Leistungsvollzug überwiegend organbezogener Therapien und Diagnosen. Erst im institutionellen Rahmen des Krankenhauses wurde die Distanzierung vom Patienten möglich und erlaubte die Inklusion von Forschung in die Medizin. Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin ist aber keinesfalls trivial, denn die „Experten" der akademischen Disziplinen generieren Wissen „eines relativ esoterischen Typs", da sie ihre Wissensbasis unter kontrollierten (Labor-) Bedingungen erzeugen. Es hat zwar oft „wissenschaftlichen Status", ist jedoch nach Stichweh „dennoch in entscheidender Sicht insuffizient", denn der „Tendenz nach gibt es eine *Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen*, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen" (Stichweh, 1987, S. 228). Aus systemtheoretischer Perspektive erscheint dabei nicht nur das Verhältnis von Anwendungswissenschaft und Praxis, sondern auch der wissenschaftliche Fortschritt selbst prekär, da die immens wachsende Differenzierung der Wissensbestände ihrerseits eine Vielzahl offener Fragen und Unsicherheiten aufwirft. Man denke beispielsweise an die ethischen Dilemmata einer Gendiagnostik, die ihre Ergebnisse nur in Form von Wahrscheinlichkeiten, nicht jedoch als Sicherheiten präsentieren kann.

Gewissermaßen konstituiert die Differenz zwischen Wissenschaft und Anwendung geradezu die Rolle des *autonomen* Professionellen. Gerade der Gegensatz zwischen wissenschaftlicher und klinischer Professionalität lässt entsprechende Autonomie- und Gestaltungsräume emergieren. Die Diffusität an der Grenze zwischen Wissenschaft und Praxis sichert die professionelle Autonomie gegenüber dem Zugriff anderer Funktionssysteme ab. Das Recht scheitert am mangelnden Verständnis medizinischer Inhalte. Kostengründe lassen sich nicht gegen Heilungschancen aufrechnen; zudem ist die Politik auf die Expertise ausgewiesener Mediziner angewiesen.

Die hiermit verbundenen, oftmals einander widersprechenden oder inkommensurablen Logiken sind vom professionellen Akteur in der konkreten Praxis auszutarieren. Die Begründung für eine konkrete Handlungspraxis kann jedoch unter dem „Zeitdruck" der Praxis in der Regel immer nur *post hoc* getroffen werden. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass die psychi-

sche Bewusstheit über Dimension und Konsequenzen der Entscheidung immer nur im Nachhinein in ihrer Gänze deutlich wird. Besonders für den Professionellen ergibt sich mit Oevermann hieraus eine verschärfte Dynamik aus „Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung“, denn vom Professionellen wird erwartet, dass er sein Handeln an rationalen und wissenschaftlichen Kriterien ausrichtet und zumindest im Nachhinein sein Tun diesbezüglich begründen kann. Während der Wissenschaftler – vom akuten Handlungsdruck entlastet – sich weitgehend mit der Überprüfung und Reflexion von Modellen begnügen kann, hat der ärztliche Professionelle die Aufgabe, die grundlegenden Widersprüchlichkeiten einer Praxis zu balancieren, die immer auch soziale Dimensionen beinhaltet:

> „Professionen haben es in ihrer in sich widersprüchlichen Einheit von universalistischer theoretischer Geltungsbegründung einerseits und fallspezifischem Verstehen andererseits, von stellvertretender Entscheidung und Hilfe einerseits und der mäeutischen Aktivierung von Selbsthilfe sowie dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihren gesunden Anteilen andererseits, wesentlich immer mit Operationen der stellvertretenden Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen zu tun, ohne daß sie dabei einer theoretischen Bevormundung dieser Praxis technokratisch zum Opfer fallen dürfen.“ (Oevermann, 1990, S. 15)

Das praktische professionalisierte Handeln ist aus dieser Sicht die

> „Sache einer Kunstlehre und die Professionalisierungstheorie ist bestenfalls eine gültige Rekonstruktion des in der Kunstlehre eingeübten praktischen Handelns und eine gültige theoretische Begründung dieser Kunst- oder Handlungslehre.“ (Oevermann, 1990, S. 15)

Zudem besteht kompetentes ärztliches Handeln im Sinne einer „Logik der Risikoabwägung“ im Wesentlichen darin, dass „auch unter den Bedingungen des Nicht-Wissens oder der Unklarheit darüber, welche Krankheit genau vorliegt bzw. welche therapeutische Maßnahme genau passen könnte, eine Entscheidung getroffen werden“ kann und muss (Oevermann, 1995, S. 50).

Oevermanns konstitutionslogisch fundierte Rekonstruktion der professionsethischen Grundlagen erlaubt es, über systemtheoretische Analysen hinausgehend *Pathologien* zu beschreiben, die als „entwicklungstypische“ Option im Prozess der Professionalisierung angelegt sind. Denn: Der konkrete Schritt hin zur professionellen Autonomie im Sinne berufsethischer Eigenverantwortlichkeit kann zugunsten einer „technokratischen Regression“[1] vermieden werden. Dies kann nach Oevermann unter folgenden Voraussetzungen geschehen:

---

1 Oevermann (1995, S. 94) bezeichnet die „Selbst-Szientifizierung durch Selbst-Subsumption unter wissenschaftliche Theorien“ als eine „technokratische Regression“, in der „die Autonomie zugunsten einer Aufgeklärtheit aufgegeben wird“.

- „Auflösung der kategorialen Differenz zwischen Wissenschaft und Praxis und als Folge davon De-Autonomisierung von Wissenschaft einerseits und Technokratisierung von Praxis andererseits",
- „Technokratische Schließung der wesentlich durch wissenschaftliche Forschung offen gehaltenen Zukunft und darin Verabsolutierung bestimmter Prognosen",
- „Selbstabdankung der Autonomie von Praxis", indem den Wissenschaften eine „Omnipotenz" bezüglich der Zukunftsprognose zugewiesen wird,
- und indem der „Wissenschaft die ethische Verantwortung für mögliche Folgen der Anwendung ihrer Forschungsergebnisse zugeschlagen wird", wird „die Autonomie der Praxis eingeschränkt" und ein „undemokratisches Entscheidungselement" eingefordert (Oevermann, 1997, S. 16).

Mit Oevermann und Stichweh gelangen wir zu einem starken Professionsbegriff: Der professionelle Akteur wird gebraucht, um vielfältige, oftmals nicht zu vereinbarende Ansprüche zu arrangieren. Der Professionelle erscheint damit als die Kehrseite einer Welt, die beansprucht, innerhalb einer einzigen technischen oder wissenschaftlichen Rationalität plan- und steuerbar zu sein. Er ist Ausdruck einer modernen Wirklichkeit, die nicht zu einer Einheit finden kann, sondern polykontextural gelagert ist[2] und entsprechend nach Akteuren verlangt, denen sowohl die Kompetenz als auch die Autonomie zugestanden wird, unter Unsicherheit Entscheidungen zu treffen.[3]

2.2 Institutionelle Bedingungen von Professionalität

Professionalität hat damit einerseits eine habituelle Seite, denn Akteure haben innerhalb ihrer spezifischen Berufssozialisation gelernt, autonom zu agieren und die hiermit verbunden Spannungslagen auszuhalten. Andererseits bedarf es bestimmter institutioneller Voraussetzungen, damit die Rolle des Professionellen entstehen sowie stabil bleiben kann. Zunächst ist Professionellen qua Amt die Autorität zuzuweisen, Situationen in ihrem Kompetenzbereich eigenständig zu definieren und die hiermit verbundenen Entscheidungen außerhalb der professionellen Gemeinschaft als nicht anzweifelbare Sachlage erscheinen zu lassen (man denke hier etwa an die Notengebung eines Lehrers, das Urteil eines Richters oder die diagnostische Entscheidung eines Arztes). Wenngleich Willkürelemente in der Entscheidungsfindung nicht ausgeschlossen werden können,

2 Vgl. ausführlich zum Begriff der *Polykontexturalität* Vogd (2011) und Jansen/Vogd (2012).
3 Vgl. für die Medizinsoziologie schon Fox (1969) „Training for Uncertainty".

kann ihr rechtlicher Status von Laien nicht hinterfragt werden. Die ärztliche Bescheinigung zur Arbeitsunfähigkeit oder die psychiatrische Entscheidung, dass ein Patient unzurechnungsfähig sei, haben beispielsweise Amtscharakter und können nur durch andere Ärzte in hierfür vorgesehenen Verfahren revidiert werden.

Professionellen kommt hiermit die Sonderrolle zu, nicht eindeutige Lagerungen *sachlich* zu definieren. Die Betonung auf sachlich pointiert im Kontrast zu Entscheidungen im Management, dass es hier nicht um Macht, Vorlieben oder persönliche Präferenzen im Raum gleichberechtigter Alternativen gehen kann, sondern um *die Sache*, also im medizinischen Falle um die Feststellung einer Krankheit und ihre Behandlung im Sinne des Patienten.

Wenn ein Arzt in schriftlicher Form feststellt, dass eine für die Einrichtung kostspielige therapeutische oder diagnostische Prozedur notwendig ist, kann der Verwaltungsleiter dieser Entscheidung nichts entgegenhalten. Wenn der Internist dokumentiert, dass sich ein Patient im terminalen Zustand befindet und dementsprechend nicht auf die Intensivstation zu verlegen ist, dann erscheint dies als nahezu unumstößliche Realität. Der Arzt entscheidet hier qua Amt, was der Fall ist und durchschneidet damit im Sinne einer eindeutigen Bestimmung komplexe, im Einzelfall oftmals keineswegs so eindeutige Lagen und wird aufgrund seiner Rolle durch die Institution in Bezug auf die Konsequenzen der Entscheidung getragen. Dies schließt nicht aus, dass Ärzte unter Druck gesetzt werden können, ökonomische Kriterien stärker zu beachten, etwa indem Patienten zeitiger entlassen werden. Doch gerade solche Zumutungen müssen wiederum im Einzelfall abgewogen und entschieden werden. Auch wenn vor diesem Hintergrund im Durchschnitt häufiger rationiert werden mag, ist dies seitens des Arztes im Hinblick auf den konkreten Patientenbezug zu reflektieren und zu verantworten. Faktisch spielen bei all diesen Fragen auch andere Lagerungen, nicht zuletzt ökonomische und organisatorische Überlegungen mit hinein. Doch dies widerlegt nicht die professionelle Sonderrolle, sondern bestärkt sie vielmehr. Ärzten werden also seitens der Verwaltung *nolens volens* nicht nur Freiheitsgrade zugestanden. Ihre Rolle als diejenigen Akteure, welche die Situation definieren, ist jedoch unhintergehbar und wird institutionell abgesichert.

Welche Tragweite Letzteres hat, lässt sich gut anhand von Akteuren verdeutlichen, die solcherlei Entscheidungen treffen, ohne rechtlich in einen entsprechenden organisatorischen Rahmen eingebettet zu sein. Man denke hier beispielsweise an eine Krankenpflegerin einer psychosomatischen Abteilung, die mit einem Patienten offen über seine Selbstmordgedanken spricht. Sie mag dabei aus therapeutischen Gründen davon überzeugt sein, dass es hilfreich für die Heilung ist, wenn diese Gedanken ehrlich ausgesprochen werden können und nicht gleich eine Zwangs-

einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung droht.[4] In diesem Fall wird sie den Ärzten gegenüber die Suizidalität verschweigen, um das Vertrauensverhältnis zum Patienten nicht zu gefährden. Denn viele Patienten, die einmal in die „Geschlossene" überwiesen worden sind, wagen es nicht mehr, offen über ihre Selbstmordgedanken zu reden. Informell würde die Krankenpflegerin damit die Rolle eines professionellen Entscheiders einnehmen, der im Hinblick auf die Abwägung therapeutischer Chancen ein Risiko einzugehen bereit ist. Faktisch ist sie hierzu aber nicht autorisiert. Dementsprechend gäbe es für sie im Krisenfall auch keine institutionelle Absicherung, da sie den Fall einem Psychiater hätte melden müssen. Ihre Entscheidung muss verdeckt bleiben und erscheint daher problematisch.

Wenngleich Pflegekräfte im Einzelfall sehr wohl im Sinne eines produktiven Klientelbezugs bereit sind, kritische Entscheidungen zu treffen, erscheinen sie im oben genannten Sinne nicht als professionelle Akteure, denn institutionell wird ihnen nicht zugestanden, kritische Sachlagen durch ihre Entscheidungen definieren zu können.

Im Sinne der Forderung einer stärkeren Professionalisierung der Pflege oder anderer therapeutischer Berufe stellt sich damit die Frage, inwieweit die hierfür notwendigen autonomen Entscheidungsbereiche (etwa das Recht, eine Diagnose zu stellen) nicht zuletzt auch rechtlich institutionalisiert werden können. Aus professionssoziologischer Sicht kann *Entscheidungsautonomie* in Heilberufen keine private Angelegenheit darstellen. Oder anders herum gedacht: Damit professionelles Abwägen in komplexen Lagerungen innerhalb therapeutischer Kontexte zum Regelfall werden kann, bedarf es einer institutionellen Entlastung, die den entsprechenden enaktierten Akteuren formal die Macht zugesteht, Situationen zu definieren.

2.3 Professionen in gegenwärtigen Organisationen

Krankenhäuser waren in den letzten Jahrzehnten durch ihre Umwelt verstärkt politischen und ökonomischen Anforderungen ausgesetzt (z. B. Einführung der DRG, Landeskrankenhausplanung). Zudem verändern neue Formen des Managements, aber auch Standardisierungen von Behandlungspfaden und diagnostischen und therapeutischen Prozeduren die Beziehungen zwischen den Gesundheitsberufen und der Organisation.[5]

Im Folgenden möchte ich aus einer systemtheoretischen Perspektive der Frage nachgehen, ob Professionalität gegenüber der Ökonomisierung und den Standardisierungsbewegungen vertei-

4 Vgl. ausführlicher und in Referenz auf ein Interview mit einer Psychiatriekrankenschwester Vogd (2001).
5 Vgl. zur Evidence Based Medicine aus professionstheoretischer Sicht Vogd (2002).

digt werden muss – etwa im Sinne von Freidsons „dritter Logik“ (Freidson, 2001), oder ob sich hieraus möglicherweise Lagerungen ergeben, welche die Rolle eines Akteurs, dem ein hohes Maß an Entscheidungsautonomie zugestanden wird, erneut stärken.[6]

Die Systemtheorie behandelt Fragen der Organisation und Entscheidung unter dem Blickwinkel von Komplexität. Verhältnisse sind dann komplex, wenn innerhalb ihrer unterschiedliche Faktoren und Lagerungen in einer nicht vorausseh- oder berechenbaren Weise miteinander verwickelt sind. Da komplexe Verhältnisse nicht hinreichend bestimmt sind, können sie nur durch Entscheidungen bzw. durch die Praxis bewältigt werden: Man tut etwas, um auf diese Weise zu Informationen zu gelangen, die einem im zweiten oder dritten Schritt weiterhelfen, indem sie das Handeln orientieren, wenngleich hiermit *nolens volens* neue Unbestimmtheiten auftreten. Die Verhältnisse können also nicht analytisch, sondern nur *kommunikativ* bestimmt werden. Man fängt an mit einer Setzung, um auf dieser Grundlage weiterarbeiten zu können. Um es mit Baecker auszudrücken: Die Kommunikation arbeitet gewissermaßen ständig „an der Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren, um Bestimmtes verstehen zu können“ (Baecker, 2005, S. 23). In diesem Sinne – so die These, der ich im Folgenden nachgehe – bringen Organisationen, Routinen, elektronische Datenverarbeitung, Verwissenschaftlichung, Evidenzbasierung, ökonomische Anreizsysteme aber auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung Unbestimmtheiten nicht zum Verschwinden. Sie bieten vielmehr Wege an, Komplexität organisational handhabbar zu machen,[7] lassen aber auf der anderen Seite neue Komplexitätslagen entstehen, die erneut nach Entscheidung und Bestimmung verlangen.[8] Schon aus diesen Gründen wird der professionelle Akteur, der zu autonomer Definition von Sachlagen befugt ist, aus dem Rollengefüge komplexer personenbezogener Dienstleistungen nicht verschwinden.

Im nun folgenden Kapitel werden wir uns die hier angedeuteten Dynamiken am Beispiel der medizinischen Profession etwas genauer anschauen.

2.3.1 Verhältnis von Wissenschaft und klinischer Praxis

Aus systemtheoretischer Perspektive erscheint das Verhältnis von klinischer Praxis und medizinischer Wissenschaft gerade auch deshalb problematisch, da der wissenschaftliche Fortschritt

---

6 Bei den folgenden Ausführungen handelt es sich um eine gekürzte und im Sinne der Intention dieses Beitrags überarbeitete Version von Überlegungen, die in umfassender Weise bereits in Vogd (2011, Kapitel V sowie Kapitel I.2) veröffentlicht worden sind.

7 Vgl. hierzu etwa die Arbeiten von Marc Berg (2008) zur Patientenakte.

8 In diesem Sinne stellt René Fox schon 1969 fest, dass die ärztliche Ausbildung vor allem ein „*training for uncertainty* [Hervorhebungen v. V.]“ sei (Fox, 1969).

vielfach Fragen und Unsicherheitsbereiche aufwirft, die in der Kommunikation gegenüber den Patienten wieder getilgt werden müssen. Klinische Professionalität besteht im Gegensatz zur wissenschaftlichen Lauterkeit darin, dass man

> „nicht auf demonstrative Offenlegung, das Mitkommunizieren des noch unsicheren Status des Wissens setzen kann. Eine solche Option, die gerade in der Relativität der Wahrheit die Unbegrenztheit des eigenen Fortschreitens erfährt, ist für die Professionen durch das Faktum oft existentieller Betroffenheit des Klienten ausgeschlossen, welches eher dazu zwingt, Ungewissheit zu verdecken, sie in Formen abzuarbeiten, die das Vertrauen des Klienten nicht erschüttern." (Stichweh, 1987, S. 228)

Für den Kliniker besteht ein „wesentliches Moment der Problemsituation" in der

> „Ungewissheit hinsichtlich der Dynamik der Situation, hinsichtlich der zu wählenden Handlungsstrategie und schließlich dem mutmaßlichen Ausgang, und ebendiese Struktur lässt auf der Seite des Professionellen die Relevanz subjektiver Komponenten wie Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme hervortreten, die zugleich mit dem Vertrauen des Klienten als seiner komplementären und möglicherweise erfolgsrelevanten Investition interagieren." (Stichweh, 1987, S. 228)

Hieraus ergibt sich als Konsequenz für die professionelle Ideologie die „Ausdifferenzierung der Klientenorientierung" unter dem „Primat des Handlungsbezuges" (Stichweh, 1987, S. 223). Der Mediziner muss im Sinne seines funktionsspezifischen Leistungsvollzugs gegenüber dem ihm anvertrauten Patienten handeln, kann sich jedoch in Bezug auf die Begründung für sein Handeln nur mittelbar auf die kollektiv geteilte wissenschaftliche Basis berufen. Das Nichtwissen der Ärzte kann in der klinischen Praxis nicht in jedem Fall durch Wissen reduziert werden[9], sondern oftmals nur dadurch, dass man der unsicheren Ausgangslage mit einer Praxis begegnet, welche die Mehrdeutigkeiten und Unsicherheiten performativ in eindeutige Lösungen überführt. *Autonomes individuelles Handeln* und *universalistischer Anspruch einer wissenschaftlichen Disziplin* bilden innerhalb der Medizin ein Spannungsfeld, das seinerseits nach Maßnahmen zur Entspannung verlangt, sei es mittels einer Professionsethik, der Schaffung von „Orten professioneller Reinheit" oder auch durch die Selbstimmunisierung berufsständiger Organisationen (Stichweh, 1987, S. 236 ff.). Professionslogisch gesehen bleibt keine andere Wahl, als die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis unscharf zu lassen, denn die hierdurch kultivierte Diffusität hält gleichzeitig die Autonomie der Professionen gegenüber dem gefährlichen Zugriff anderer Funktionssysteme auf die ärztlichen Leistungsvollzüge aufrecht, etwa dem Recht oder der Wirtschaft.

---

9 Wissenschaft im guten Sinne erzeugt – Poppers Falsifikationstheorem folgend – mehr Fragen als Antworten. Grundlagenwissenschaft erzeugt mehr Komplexität, als es angewandte Wissenschaft vertragen kann.

2.3.2 Unsicherheiten im Klientelbezug

Eng verbunden mit den vorangehenden Ausführungen ergeben sich weitere Besonderheiten für den Klientelbezug. Über die Unsicherheiten der Diagnosestellung und Therapieindikation ist der Patient nicht nur als Auftraggeber ärztlicher Arbeit, sondern zugleich als Subjekt seiner Lebenspraxis zu begreifen. Die Behandlung eines Patienten erfordert in diesem Sinne immer auch ein Minimum an Verstehensarbeit, die darauf zielt, die Selbstreferenz eines Patienten zu antizipieren. Selbst beim bewusstlosen Patienten spielt der vermeintliche Patientenwille eine Rolle für die ärztlichen Entscheidungen. Offensichtlicher wird das Problem der Patientensubjektivität beim bewusstseinsfähigen Patienten: Zum einen muss er an den medizinischen Prozeduren partizipieren, also diesbezüglich überzeugt werden; zum anderen – und dies ist das gewichtigere Problem – stellt sich die Frage, ob die Behandlungen und Therapiemaßnahmen mit den eigenen Vorstellungen seiner Lebensorganisation kompatibel sind. Eine Therapieoption mag zwar wissenschaftlich gut begründet und medizinisch indiziert sein, doch dies hilft wenig, wenn der Patient in seinem Alltag Orientierungen verfolgt, welche die Therapiebemühungen konterkarieren. Die Frage der Compliance, also der Einhaltung der vom Arzt verordneten Maßnahmen durch den Patienten, kann damit nicht mehr nur so verstanden werden, den Patienten vom Sinn der ärztlichen Anweisungen zu überzeugen, sondern ist im Sinne einer professionellen Perspektivenübernahme auch so zu verstehen, dass die Auswahl potenzieller Maßnahmen in Bezug auf die Sinnhorizonte des Patienten stattfindet, also Optionen gewählt werden, die der Eigenlogik des Patienten entsprechen.[10]

Der Klientelbezug koppelt sich damit unweigerlich an die Unsicherheitsbereiche der Verstehensproblematik an und hier kommt die Sonderleistung des Professionellen nicht nur als Hermeneut der Krankheit, sondern auch als Hermeneut des Kranken ins Spiel. Zu erkunden, was in dem anderen wirklich vorgeht, ist alles andere als trivial und als Kommunikation per se mit Kontingenz durchsetzt.

2.3.3 Unsicherheiten medizinischer Technologien

Gemeinhin wird davon ausgegangen, dass die medizinischen Technologien der Diagnose und Überwachung und die in diesem Zusammenhang implementierten Verfahren dazu beitragen, die Unsicherheiten in Hinblick auf die Fragen der Krankenbehandlung zu verringern. Dies trifft zwar

---

10 All dies wird nochmals pointiert durch die Möglichkeiten des Patienten, durch das Internet eigenständige Recherchen bezüglich seiner Krankheitsbehandlung durchführen zu können (vgl. Tezcan-Güntekin, 2010).

auf der einen Seite zu, ist aber, wie insbesondere Schubert herausgearbeitet hat, nur für den Preis zu haben, dass hierdurch neue Unsicherheiten generiert werden.[11] Da diagnostische Prozeduren auch falsch-positive Ergebnisse liefern können, die auf eine Krankheit hinweisen, wo keine ist, erhöht die Ausweitung ihrer Anwendung gleichzeitig die Gefahr von Fehldiagnosen. Umgekehrt stellt ein negativer Befund noch keinen Beweis dar, dass keine Krankheit vorliegt. Darüber hinaus stellen viele diagnostische und therapeutische Prozeduren ihrerseits Eingriffe in den Körper dar, die schädigende Wirkungen mit sich bringen können, welche die zu erwartenden therapeutischen Vorteile einer Früherkennung wieder aufheben können. Zudem bergen technisierte Verfahren ihre eigene Störanfälligkeit, die weitere Techniken der Kontrolle nötig werden lässt, die dann ihrerseits Fehlfunktionen aufweisen können (vgl. Schubert, 2006; 2008).

Bildgebende Verfahren erlauben es zwar, bislang verborgene Prozesse des Körpers in hohen Auflösungen darzustellen, doch ihre Auswertung stellt immense Anforderungen an die Verstehens- und Typisierungsleistungen der Interpreten. Beispielsweise hat ein Radiologe in seiner Ausbildung zunächst einmal 1.000–2.000 Bilder eines bestimmten Typus zu sehen, um eben diesen Typus von Phänomenen anderer Bereiche sicher unterscheiden zu können. Biologische Strukturen und die dazugehörigen Resultate bildgebender Verfahren sind in sich so variantenreich und diversifiziert, dass die Fähigkeit, Gleiches in verschiedenen Bildern zu erkennen und ähnlich Aussehendes auf verschiedene morphologische Strukturen zurückzuführen, erst in langer *face-to-face*-Unterweisung antrainiert werden muss.[12] Viele diagnostische Bilder lassen sich zwar auch durch den Computer aufbereiten, um eine deutlichere visuelle Rhetorik zu entfalten. Die hieraus folgenden „Einheiten aus Bild, Zahl und Schrift" stellen jedoch ihrerseits Artefakte dar (Coy, 2003), die im Hinblick auf ihre technischen Herstellungsprozesse rekontextualisiert werden müssen, um ihre Aussagekraft bewerten zu können.

Gleiches gilt für Laboruntersuchungen. Da Proben vertauscht oder falsch beschriftet sein können, die Laborchemie durch Medikamente und Nahrungsmittel beeinflusst werden kann und falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse eher die Regel als die Ausnahme darstellen, gilt auch hier das Primat der ärztlichen Interpretation. Je stärker die (labor-)technisch vermittelte Information auf komplexen Aufbereitungsprozessen beruht, desto mehr wird eine kritische

---

11 Vgl. zur Typisierung schädlicher Konsequenzen eines zunehmenden Einsatzes medizinischer Verfahren Fisher/Welsh (1999).

12 Illustrativ und aufschlussreich für diese Lern- und Lehrprozesse ist insbesondere die Untersuchung von Atkinson (1995).

Kontextualisierung durch einen erfahrenen Experten benötigt, der in der Lage ist, die Relevanz der technisch erzeugten Daten ggf. wieder zu relativieren.[13]

Nicht zuletzt besteht eine wesentliche professionelle Kompetenz in der Fähigkeit, den mittels medizinischer Technik gelesenen Körper mit der sogenannten „Klinik“ in Beziehung zu setzen. Unter dem Begriff „Klinik“ verstehen Ärzte die vom Patienten berichtete Befindlichkeit, die als Ausdruck eines Symptombilds mit den anderen Daten abzugleichen und zu korrelieren ist. Das diesbezügliche Fallverstehen ist, wie kognitionspsychologische Untersuchungen zeigen, bei erfahrenen Ärzten eng an eine ganzheitliche Mustererkennung gekoppelt, d. h. an ein Verstehen, das ähnliche Krankheitsbilder in verschiedenen Konstellationen von Symptomen und Testergebnissen entdecken lässt bzw. umgekehrt im gleichen Symptom den Verweis auf verschiedene Krankheiten erahnen lässt.[14]

All dies zusammen genommen führt mit Schubert zu dem abschließenden Befund,

> „dass die Zunahme von Apparaten und Gerätschaften mit einer Zunahme der Interpretationsleistung über die von ihnen erzeugten Daten einhergeht. Der Mythos der positivistischen Eindeutigkeit trifft also auf die Praxis der kontingenten Erzeugung von Eindeutigkeit. Zum anderen sind auch die aus den Daten abgeleiteten Entscheidungsorientierungen aufgrund der zunehmend komplexer werdenden Wirkrelationen nicht mehr als simples Behandlungsschema im Sinne einfacher Kausalzusammenhänge verstehbar, sondern müssen als kontingente Entscheidungsheuristiken aufgefasst werden, bei denen ein gewisses Maß an situationaler Unsicherheit notwendigerweise bestehen bleibt. Medizinische Technologie ermöglicht auf diese Art eine bestimmte Form der ärztlichen Behandlung, indem sie neue Einblicke in den menschlichen Körper gewährt, gleichzeitig schafft sie damit auch eine der apparativen Diagnose und Therapie inhärente Komplexität, die in der Praxis der Behandlung bewältigt werden muss“ (Schubert, 2008, S. 143).

Auch die zuvor benannten technischen Unschärfen reifizieren also die Sonderstellung professioneller Akteure. Wem sonst ließe sich die Kompetenz zuweisen, Unsicherheiten in der Interpretation qua Expertise zu schließen?

---

13 Demensprechend ist der Umstand, dass im Zusammenhang fraglicher Diagnosestellungen vielfach Doppeluntersuchungen durchgeführt werden, üblicherweise weniger ökonomischen Kalkülen geschuldet, denn dem Versuch, vertrauenswürdige Daten zu generieren, deren Legitimität zumindest dadurch gewährleistet wird, dass man die Leute und deren Arbeitsweisen kennt, welche die Befunde hervorbringen, auf deren Basis ggf. weitreichende therapeutische Entscheidungen gegründet werden. Neben Atkinson (1995) hat vor allem auch Cicourel (1990) in seinen Untersuchungen herausgearbeitet, welche Rolle die Frage, wem man in welcher Hinsicht vertrauen kann, innerhalb der ärztlichen Entscheidungsfindung spielt.

14 Vgl. zur ärztlichen Kompetenz der Mustererkennung insbesondere Gruber (1994).

2.3.4 Organisationale Unsicherheiten

Organisationen erscheinen gleichsam als ein „Treffraum für die unterschiedlichsten Funktionssysteme“ (Luhmann, 2000, S. 398), denn eine der wesentlichen Eigenleistungen von Organisationen besteht darin, qua Entscheidung inkommensurable Orientierungen in ein arbeitsfähiges Arrangement bringen zu können. Dies kann geschehen, indem Prozesse voneinander entkoppelt werden, Dinge teilweise im Modus des Als-ob bearbeitet oder situativ gegenüber rechtlichen, wirtschaftlichen und manchmal auch medizinischen Handlungsprimaten auf Distanz gehalten werden. All dies fordert Akteure, die diesbezügliche Ambivalenzen und Spannungen aushalten und balancieren können.

Da Organisationen auf diese Weise mehrdeutige Inputs, die auf unterschiedlichste Funktionsbezüge referieren, in bereits vorhandene Routinen überführen, erzeugen sie auf der einen Seite Handlungssicherheiten. Man kann den durch die Organisation vorprogrammierten Pfaden folgen, was die multiplen Kontingenzen kranker Körper und sprechender Patienten bewältigbar macht, indem das Patientenproblem in einen für die Organisation bearbeitbaren Sachverhalt transformiert wird.

Da die unterschiedlichen Routinen jedoch ihrerseits wieder zu einer Desintegration von Behandlungsprozessen führen können, erzeugen Organisationen auf der anderen Seite eine neue Klasse von Problemen, die mit der Verzahnung von Prozessen einhergeht. Für die Medizin wird dies vor allem seit der Ausdifferenzierung ihres Fachs in die vielfältigen Subdisziplinen virulent. Die einzelnen Subdisziplinen – so der durchgängige Befund von Medizinsoziologen und Gesundheitswissenschaftlern – arbeiten zwar in ihren Leistungsvollzügen durchwegs auf einem hohen Niveau, doch die fehlende Verzahnung der Bereiche erzeuge eine Reihe von Folgeproblemen, da üblicherweise nur eine unzureichende Integration stattfinde (vgl. Badura/Feuerstein, 1994).

Die Organisation der Krankenbehandlung mag zwar einerseits die professionelle Basis der ärztlichen Arbeit korrumpieren, lässt dann andererseits jedoch die professionellen Kompetenzen zur Integration von Wissen und Nichtwissen sowie von Widersprüchlichkeiten umso wertvoller erscheinen.[15]

---

15 In diesem Sinne macht es auch Sinn, Stichwehs These vom „Bedeutungsverlust von Professionen zugunsten von Organisationen“ zunächst zustimmen, um ihm dann aber im Hinblick auf das fortbestehende Bezugsproblem ärztlicher Arbeit zu widersprechen (vgl. Stichweh, 1996).

2.3.5 Professionelle Ambivalenzen

Ein weiterer Punkt in diesem Zusammenhang, auf den auch Schubert hinweist, besteht in einer ambivalenten Haltung des Professionellen gegenüber seinen Klienten sowie anderen Zentralwerten seiner Profession (vgl. Schubert, 2008, S. 146 ff.). Die professionelle Orientierung, sich dem Patienten bedingungslos zuzuwenden, wird von der anderen Seite her flankiert durch die Bestrebung diesen wieder loswerden zu wollen bzw. von diesem nicht allzu intensiv in sein Leiden verwickelt zu werden. Homolog hebelt die Gemeinwohlorientierung des Arztes nicht seine Bestrebungen aus, die Machtstellung der eigenen Berufsgruppe auszubauen. Ebenso stehen dem praktischen Sinn eines durch Erfahrung gewonnen Wissens, was im konkreten Fall am besten zu tun ist, all jene performativen Aspekte der Inszenierung einer medizinischen Kompetenz gegenüber, die eigentlich sehr genau um ihre Grenzen wissen sollte.

All diese Dichotomien erscheinen bei genauerer Betrachtung nicht als Unvereinbarkeiten, sondern als Ambivalenzen, die gerade deshalb, weil sie auf Unschärfen und Uneindeutigkeiten reiten, die professionelle Sonderrolle stabilisieren: Dass

- der Arzt nur dann als kompetente Entscheidungskraft fungiert, wenn er eine Leistungselite verkörpert, die entsprechend für sich sorgen kann,
- dass er nur dann als „Droge Arzt“ seine Wirksamkeit entfalten kann (Balint, 2001), wenn er die Grenze zwischen Körperwissen und symbolischer Heilung im Unscharfen belässt,
- dass er nur dann helfen kann, wenn er nicht zu sehr ins Helfen involviert wird –

all dies erscheint als eine Form der Paradoxieentfaltung, die durch niemanden sonst geleistet werden könnte, als dem professionellen Akteur selber.

Der Professionelle erscheint hiermit weiterhin als eine Führungsperson besonderen Charakters. Wie andere wissensbasierte Experten oder Vertreter aus den Managementeliten wird ihm zugerechnet und zugemutet, autonom Entscheidungen zu treffen, um die multiplen Kontingenzen seines Handlungsfelds zu durchschlagen. Doch im Unterschied zu den Wirtschaftseliten hat er sein Handeln auf den kollektiven Vertrauensvorschuss zu gründen, der seinem Stand entgegengebracht wird. Während ein Manager aus beruflicher Sicht damit leben kann, dass ihm unterstellt wird, nur aus eigener Gewinnsucht zu handeln, beruht die Reputation eines Arztes immer auch auf der Einbettung in eine Gemeinschaft der Gleichen, die als Milieu und Gruppe den professionellen Ethos verkörpert, in den oben genannten Fragen eine angemessene und dem Klienten dienliche Balance zu finden.

Aus systemischen Gründen bleiben die Motive *Eigennutz* und *Macht* – anders als in den wirtschaftlichen und politischen Feldern – in den professionellen Domänen der Medizin im Latenzbereich der professionellen Selbstbeschreibung verborgen. Vielmehr unterliegt die professionelle Identität in den Netzwerken der Gemeinschaft der Peers einer kontinuierlichen Selbstaktualisierung. Auf diese kann der Wert der Profession als Eigenwert auch dann auf Dauer gestellt werden, wenn sich die Inhalte und Werte des professionellen Ethos im Kontext gesellschaftlicher Wandlungsprozesse verändern mögen.

Was einen guten Arzt aus dieser professionstheoretischen Perspektive ausmacht – ihn vom bloßen Experten unterscheidet – erscheint weniger durch sein medizinisch-fachliches Wissen bestimmt, als erst durch jene in Behandlungsnetzwerken erlernbaren Kompetenzen mit Unschärfen, Ambivalenzen, widersprüchlichen Einheiten, Mehrdeutigkeiten im Sinne eines produktiven Klientelbezugs umgehen zu können. Der *gute Arzt* kann die hieraus resultierenden psychischen Spannungen nicht nur ertragen, sondern sie kommunikativ in jenes Vertrauensverhältnis münzen, entsprechend dem man als kranker Mensch zwar sehr wohl weiß, dass die Bedingungen der Unversehrtheit der eigenen Leiblichkeit alles andere als garantiert sind, man aber in einem Arzt genau jenen Partner findet, hiermit handlungspraktisch umgehen zu können.[16]

Die vorangehenden Ausführungen lassen deutlich werden, dass sich die Arbeit der Ärzte mit den Fortschritten in der Medizin (z. B. einer höheren Arbeitsteilung und dem Anspruch von mehr Evidenzbasierung) zwar wandeln mag, dass aber die zentrale Dynamik dessen, was die Rolle des Professionellen ausmacht, nicht verschwindet. Im Gegenteil: Gerade aufgrund der ökonomischen Zurichtung und der komplexeren organisationalen Anforderungen bedarf es in noch höherem Maße Akteuren, die institutionell legitimiert und persönlich in der Lage sind, Unsicherheitslagen durch autonome Entscheidungen zu durchschneiden.

2.4 Professionalisierung der Pflege?

Betrachtet man die konkrete Tätigkeit von Pflegekräften im Krankenhaus, etwa in einer chirurgischen Abteilung, so wird deutlich, dass ihre Arbeit vielfach auch aus paramedizinischen Tätigkeiten besteht bzw. aus Aufgaben, welche unmittelbar dem Funktionsbezug der Medizin dienen. Fieber messen und andere diagnostische Routinedaten erheben, die Patientenkurve pflegen, Me-

16 Genau dies macht auch in Wettrecks Rekonstruktion der ärztlichen Kompetenz den Unterschied zwischen einem technischen biomedizinischen Blick und jener umfassenderen ärztlichen Sichtweise aus, die auch soziale und psychische Komplexität in den Behandlungsprozess mit einbeziehen kann (vgl. Wettreck, 1999).

dikamente austeilen, die Befindlichkeit der Patienten im Blick haben und ggf. den Arzt herbeirufen – all dies gehört zu Tätigkeiten, die weiterhin recht stark an den ärztlichen Diagnose- und Therapieschemata orientiert sind. Auf den ersten Blick scheint vor allem im Akutkrankenhaus die Falltrajektorie der „social organization of medical work“ keinen Raum für eine semantische Selbstbestimmung der Pflege zu bieten (Strauss et al., 1997). In diesem Sinne ließe sich feststellen, dass sich die Aufgaben von Pflegekräften und Ärzten zwar in vieler Hinsicht unterscheiden mögen,[17] jedoch in der Verkettung des arbeitsteiligen Prozesses der Krankenbehandlung zu einer nahtlosen Einheit finden.

Die Integration pflegerischer Tätigkeiten in den medizinischen Funktionsbezug steht nicht im Widerspruch dazu, dass im Rahmen der Versuche zur Professionalisierung der Pflege eine weitgehende Trennung der ärztlichen und pflegerischen Teams in zwei voneinander getrennte Stäbe erreicht wurde, die jeweils über eigene formelle und informelle Hierarchien verfügen. Diese Trennung hat sich auch in den formalen und organisatorischen Prozessen vollzogen.[18]

Der Pflege als einer eigenständigen Profession kann man sich erst annähern, wenn man all jene Tätigkeiten einklammert, die direkt oder indirekt diagnostischen oder therapeutischen Vollzügen dienen, und schaut, was als spezifisch Pflegerisches übrig bleibt. Insbesondere in den Bereichen, in denen medizinisch nichts mehr getan werden kann, also eine Körperveränderung nicht mehr plausibilisiert werden kann, deutet sich ein originärer Funktionsbezug der Pflege an. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Körper durch Alter, Unfall oder Krankheit irreversibel beeinträchtigt oder geschädigt worden sind bzw. langsam in die Phase des Sterbens übergehen. In der Regel werden Körper selbst dann nicht einfach sich selbst überlassen, wenn – wie im Falle des Wachkomas – von einem unwiederbringlichen Verlust der Bewusstseinsaktivität auszugehen ist (vgl. Goffman, 2000).[19]

All dies spricht dafür, dass die Pflege kommunikativ etwas anderes leistet als die Medizin. Während letztere Krankheiten lesbar und behandelbar macht, scheint erstere ihr Bezugsproblem

---

17 Mit Rohde (1974, S. 294) kommen der Pflege vor allem folgende Aufgaben zu: die *physische Pflege* (1), die unterstützende *emotionale Versorgung* (2), die *Patientenerziehung* (3) und die *kommunikative Vermittlung* zwischen medizinischer und Laienwelt (4), des Weiteren – worauf insbesondere Strauss (1998, S. 106 ff.) hingewiesen hat – die *Kontrolle von Lebensfunktionen und Patientenverhalten* (5).

18 In der Patientenakte befindet sich getrennt sowohl eine ärztliche als auch eine Pflegedokumentation. Hiermit wird auch auf inhaltlicher Ebene deutlich, dass die Pflege nicht mehr dem ärztlichen Bereich untergeordnet ist, sondern einen eigenständigen Anteil am Heilungsprozess innehat.

19 Hier werden mit Lindemann (2002) die Grenzen des Sozialen verhandelt, denn inwieweit die Eigenaktivitäten des Körpers als Hinweis dafür genommen werden, dass da noch etwas anderes ist, lässt sich nicht medizinisch, sondern nur sozial bestimmen.

mehr in der Frage nach der Kontinuität von Personalität zu finden. Wenn man den Begriff der Person nicht innerpsychisch versteht, sondern mit Goffman (2000) von der sozialen Rolle her denkt, kann man ihn im Sinne des lateinischen Wortes *persona* auch als *Maske* begreifen,[20] die eine soziale Identität gewährleistet, ohne dabei genauer hinschauen zu müssen, was sich dahinter verbirgt. Genau dies leistet Pflege. Sie stellt sicher, dass der gepflegte Körper seine Rollenförmigkeit trotz offensichtlicher physiologischer und psychischer Zerfallsprozesse behält. Sie sorgt dafür, dass etablierte soziale Adressen als solche wiedererkannt und kommunikativ adressiert werden können (z. B. als Mütter, Väter, Freunde), ohne dabei gleichzeitig die körperlichen und geistigen Defizite aktualisieren zu müssen.[21]

Insbesondere in akutmedizinischen Behandlungskontexten kann ein Konflikt zwischen den durch die medizinische und die pflegerische Perspektive aufgeworfenen Orientierungen auftreten. Intervenierende medizinische Heilungsversuche haben in Bezug auf das Körperbild des Patienten oftmals einen entstellenden Charakter. Der durch unterschiedliche Schläuche und Drähte verkabelte, durch aggressive Therapeutika angegriffene (man denke etwa an Chemotherapien) und durch heroische chirurgische Eingriffe entstellte Körper entspricht nicht dem Bild der gepflegten Person. Dementsprechend wird im Falle terminal erkrankter Patienten aus pflegerischerer Perspektive stärker die Würde des Patienten pointiert und man präferiert eher palliative, die Integrität der Persönlichkeit wahrende Behandlungsregime, während mit Blick auf die Selbstinstruktion des medizinischen Codes die Option der Maximaltherapie weiterhin instruktiv bleibt.

Eine Professionalisierung der Pflege im strengen Sinne der oben entwickelten professionstheoretischen Kriterien würde implizieren, Pflegekräften auch in diesen Fragen eine wirkliche Entscheidungsautonomie zuzusprechen und entsprechend zu institutionalisieren.

20 So dann auch Thomas Fuchs (2002).

21 Die Zivilisierung der Person durch die Pflege heißt nicht unbedingt, dass damit auf der Verstehensebene eine Beziehung zum Gepflegten geknüpft wird, die seinen Bedürfnissen – was immer das auch heißt – gerecht werden kann. Dieses Ideal wurde nicht einmal in der alten karitativen christlichen Pflege verwirklicht, denn hier stand vor allem ein Dienst an Gott im Vordergrund, der sich an einem abstrakten gottgegebenen Rollenmodell orientierte – mit all den hiermit verbundenen Zwangselementen –, nicht jedoch die Vorstellung individueller Bedürfnisse, auf die besonders Rücksicht genommen werden müsste (vgl. Klitzing-Naujoks/Klitzing, 1992).

Literatur

Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic.* London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Badura, B./Feuerstein, G. (1994). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung.* Weinheim, München: Juventa.

Baecker, D. (2005). *Form und Formen der Kommunikation.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Balint, M. (2001). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.* Stuttgart: Klett-Kotta.

Berg, M. (2008). *Praktiken des Lesens und Schreibens. Die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit.* In: Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin – Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag, S. 63–86.

Cicourel, A. V. (1990). *The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis.* In: Galegher, J./Kraut, R. E./Egido, C. (Hrsg.): Intellectual Teamwork. Social and Technological Foundations of Cooperative Work. Hillsdale/New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, S. 221–241.

Coy, W. (2003). *Die Konstruktion technischer Bilder – Eine Einheit von Bild, Zahl, Schrift.* In: Krämer, S./ Bredekamp, H. (Hrsg.): Bild – Schrift – Zahl. München: Wilhelm Fink, S. 143–156.

Fisher, E. S./Welsh, G. H. (1999). *Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care – How might More Be Worse?* Journal of American Medical Association, 281 (5), S. 446–453.

Fox, R. (1969). *Training for Uncertainty.* In: Merton, R. K./Reader, G. G./Kendall, P. L. (Hrsg.): The Student Physician. Intruductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge/ Massachusetts: Harvard University Press, S. 207–241.

Freidson, E. (2001). *Professionalism:* The Third Logic. Cambridge: Polity Press.

Fuchs, T. (2002). *Der Begriff der Person in der Psychiatrie.* Der Nervenarzt, 73, S. 239–246.

Goffman, E. (2000). *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag.* München, Zürich: Piper.

Gruber, H. (1994). *Expertise. Modelle und empirische Untersuchungen.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Jansen, T./Vogd, W. (2012). *Polykontexturale Verhältnisse – Disjunkte Rationalitäten am Beispiel von Organisationen.* Zeitschrift für theoretische Soziologie, 1/2013, S. 82–97.

Klitzing-Naujoks, W. von/Klitzing, K. von (1992). *Die Krankenschwester und der sterbende Patient. Prozesse in der Krankenschwester-Patient-Beziehung bei der Pflege schwer- und todkranker Patienten.* Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 37, S. 48–55.

Lindemann, G. (2002). *Die Grenzen des Sozialen: zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin.* München: Wilhelm Fink.

Luhmann, N. (1990). *Der medizinische Code.* In: Luhmann, N. (Hrsg.): Soziologische Aufklärung, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183–195.

Luhmann, N. (2000). *Die Politik der Gesellschaft.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Oevermann, U. (1990). *Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung.* Frankfurt/Main: Unveröffentlichtes Manuskript.

Oevermann, U. (1995). *Ein Modell der Struktur von Religiösität. Zugleich ein Modell der Struktur von Lebenspraxis und von sozialer Zeit.* In: Wohlrab-Sahr, M. (Hrsg.): Biographie und Religion. Zwischen Ritual und Selbstsuche. Frankfurt/Main: Campus, S. 27–102.

Oevermann, U. (1996). *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70–182.

Oevermann, U. (1997). *Gebildeter Fundamentalismus oder pragmatische Krisenbewältigung*. In: Stadler, P./ Kreysa, G. (Hrsg.): Potentiale und Grenzen zur Konsensfindung zu Bio- und Gentechnik. Vorträge vom 34. Tutzing Symposion vom 11.–14. März 1996 in der Evangelischen Akademdie Schloß Tutzing am Starnberger See. Frankfurt/Main: Dechena, S. 126–187.

Parsons, T. (1958). *The Professions and Social Structure*. In: Parsons, T. (Hrsg.): Essays in Sociological Theory. Glencoe: Free Press, S. 39–49.

Rohde, J. J. (1974). *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Schubert, C. (2006). *Die Praxis der Apparatemedizin. Ärzte und Technik im Operationssaal*. Frankfurt/Main: Campus.

Schubert, C. (2008). *(Un-)Sicherheiten der organisierten Apparatemedizin*. In: Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag, S. 139–159.

Stichweh, R. (1987). *Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften*. In: Harney, K. (Hrsg.): Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien. Frankfurt/Main: Peter Lang, S. 210–275.

Stichweh, R. (1996). *Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft*. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 49–69.

Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen der qualitativen Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink.

Strauss, A. L./Fagerhaugh, S./Suczek, B./Wiener, C. (1997). *Social Organisation of Medical Work*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.

Tezcan-Güntekin, H. (2010). *»Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!« – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen*. In: Begenau, J./Schubert, C./Vogd, W. (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 95–111.

Vogd, W. (2001). *Kohärenzen des Vertrauens in der Psychiatrie. Warum psychiatrische Therapie auch in Zukunft ein Wagnis bleiben muss*. Wege zum Menschen, 53 (1), S. 2–18.

Vogd, W. (2002). *Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive*. Zeitschrift für Soziologie, 31 (4), S. 294–315.

Vogd, W. (2011). *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Wettreck, R. (1999). *„Arzt sein – Mensch bleiben". Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin*. Münster: LIT.

3 Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands – zur Reifikation soziologischer Kategorien

HEINRICH BOLLINGER; ANKE GERLACH

Kaum ein anderer Begriff wurde im Zuge der Veränderung der Gesundheitsberufe in Deutschland so häufig bemüht wie die Begriffe Professionalisierung und Profession. Was Professionalisierung und Profession dabei meinten, wurde meist mit Verweis auf die soziologische Professionstheorie expliziert. Wir vertreten die These, dass diesem Bezug ein Missverständnis zugrunde lag: Die analytischen Konzepte der Professionssoziologie wurden entweder als ein zu erreichendes Ziel (Profession) oder als eine Art berufspolitischer Handlungsanleitung (Professionalisierung) hypostasiert. Dabei handelt es sich um eine unzulässige Reifikation soziologischer Kategorien.
Erst bei Berücksichtigung dieses Missverständnisses kann das scheinbare Paradoxon aufgelöst werden, dass im deutschen Gesundheitswesen Prozesse der Professionalisierung (nicht ärztlicher Gesundheitsberufe) und der Deprofessionalisierung (des Ärztestands als „Leitberuf" des Gesundheitswesens) nebeneinander ablaufen würden. Der Professionsbegriff taugt als heuristisches Konzept nur dazu, aktuelle Veränderungen des Arztberufs zu erfassen. Die Konstitution der akademischen nicht ärztlichen Berufe sollte mit dem Instrumentarium der Berufstheorie untersucht werden.

Einleitung

Schaut man sich die aktuellen Veränderungen in den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen an, so passt durchaus folgende kleine Anekdote, die dem amerikanischen Arbeits- und Berufssoziologen Everett Ch. Hughes zugeschrieben wird: Von ihm wurde berichtet, dass in den 25 Jahren, in denen er Kurse und Seminare zum Thema ‚professions' oder ‚occupations' oder ‚sociology of work' angeboten hatte, vor allem Nichtsoziologen von seinen Veranstaltungen angezogenen worden wären. Ihr Bestreben wäre es, eine Arbeit zu verfassen, um nachzuweisen, dass ein bestimmter Beruf – ihr eigener! – gerade eine ‚profession' geworden sei. Für diese angestrebte Demonstration liefere ihnen der betreffende Kurs dann die erforderlichen Kriterien (vgl. Hesse, 1972, S. 52). Wir sehen eine ähnliche Erscheinung in Zusammenhang mit den aktuellen Veränderungen in den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen. Eine Analyse der Titel in den wichtigsten Fachzeitschriften der Pflege zeigte bereits 1997, dass der Begriff *Professionalisierung* in den 1980er- und 1990er-

Jahren der in der berufspolitischen Diskussion der Pflege am häufigsten verwendete Begriff war (vgl. Arets et al., 1997).

Die soziologische Kategorie *Profession* und das analytische Konzept *Professionalisierung* werden von Akteuren der Veränderungsprozesse rezipiert, „angewandt" und dabei unter der Hand reifiziert.

3.1 Beruf in Deutschland

In Deutschland wird im dualen System in über 350 Berufen *systematisch* ausgebildet: Es sind folgende Eingangsvoraussetzungen definiert: Ausbildungspläne (für Theorie und Praxis) bestehen, Abschlussprüfungen werden durchgeführt und Zertifikate verliehen. Das Beschäftigungssystem in Deutschland ist in hohem Maße auf diese Berufsabschlüsse hin strukturiert.

Der *Beruf* wird in der Tradition der subjektorientierten Berufsanalyse als der Person eigenes Muster und systematisch in Ausbildung erworbenes Kompetenzprofil und spezifisches Arbeitskraftmuster betrachtet (vgl. Beck/Brater, 1977). Der Zuschnitt dieser Arbeitsfähigkeit entsteht in Aushandlungsprozessen, die in Deutschland klar geregelt sind. Es fließen gleichermaßen Interessen und Perspektiven der Vertretungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie staatlicher Instanzen ein. Diese sind nicht unabhängig von jeweils historisch und kulturell vorgegebenen Situationen. Die Konstitution und Veränderung von Berufen als institutionelle Wirklichkeit stellt sich also als realpolitischer und interessensgeleiteter Prozess dar. In ihm sind historisch-kulturelle Selbstverständlichkeiten integriert sowie sozialstrukturelle Elemente abgebildet und aufgehoben (beispielsweise das Element der Geschlechterzuordnung zu einzelnen Berufen).

So real konstruierte Berufe haben für die Berufsinhaber erhebliche Bedeutung im Hinblick auf ihre Erwerbschancen, für ihre soziale Identität und ihre gesellschaftliche Integration: Berufsinhaber „haben" einen Beruf, den sie selbst im Falle der Erwerbslosigkeit nicht verlieren. Bei der Wahl ihres Berufs können sie ihre subjektiven Interessen (mehr oder weniger gut) einbringen und realisieren. In der Berufsausbildung wird ihre Subjektivität geformt und häufig auf der Grundlage von Neigungen verstärkt. Mit ihrem Berufsabschluss haben sie funktional spezifische Fähigkeiten ausgebildet und unterscheiden sich grundsätzlich von Ungelernten und Laien, können Pfusch als solchen identifizieren und ein gewisses Maß an Berufsstolz entwickeln – dieser mit dem Kompetenzerwerb verbundene Berufsethos stellt eine grundlegende strukturelle Voraussetzung für die Qualitätssicherung durch das deutsche Berufsbildungssystem dar. Mit dem erlernten Beruf fügen sich die Berufsinhaber in das Prestigegefüge der Berufslandschaft ein, können sich sozialstruktu-

rell verorten und werden sozialstrukturell verortet. Schließlich sind Berufe (von einigen wichtigen Ausnahmen abgesehen) so konstruiert, dass ihre Ausübung in der Regel festen Zeitstrukturen folgt und Freizeit als (erwerbs-)arbeitsfreie Zeit strukturell verankert ist. Berufe werden von der Arbeitssoziologie wegen dieser Eigenheiten als wesentliches Element des Fordismus (in deutscher Form) gesehen. Für die Beschäftigungsorganisationen bietet diese Form die Grundlage für die organisatorische Binnenstrukturierung, vereinfachte Rekrutierungsmöglichkeiten und ein gewisses Maß an Qualitätssicherung durch die durch Prüfung bescheinigte fachliche Handlungskompetenz.

Diese berufstheoretischen Merkmale gelten grundsätzlich auch für alle Gesundheitsfachberufe. Allerdings gibt es einige wesentliche Unterschiede zu den sonstigen Berufen: Die Ausbildung findet nicht im Rahmen des dualen Systems statt, sondern im Falle der Medizin an Universitäten, im Falle der nicht ärztlichen Therapieberufe an Fachschulen und im Falle der Pflege an Kranken- oder Altenpflegeschulen. Den Gesundheitsberufen ist eigen, dass sie in hohem Maße gesetzlich geregelt sind, was Zugang, Ausbildungsmodalitäten, Prüfungen, Führung der Berufsbezeichnung und Zulassung zur Berufsausübung anbelangt. Es handelt sich um „geregelte" und damit auch in besonderer Weise geschützte Berufe.

Damit können nahezu monopolistische Tätigkeitsvorbehalte verbunden sein, wie z. B. im Falle der Ausübung der Heilkunde (mit den Ausnahmen in Heilpraxis, Entbindungspflege und Psychotherapie). Solche Tätigkeitsvorbehalte bestehen fallweise jedoch auch außerhalb des Gesundheitswesens – bis vor Kurzem etwa bei Schornsteinfegern oder im Zusammenhang mit den Aufgaben, die Handwerkskammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts in Selbstverwaltung wahrnehmen.

3.2 Beruf und *profession*

In den USA gibt es wie in vielen anderen Staaten *keine* mit der Situation in Deutschland vergleichbare Berufsausbildung. Dort wo Berufe im Sinne strukturierter Arbeitsfähigkeiten systematisch ausgebildet werden, findet dies in der Regel an Hochschulen statt. Dies betrifft eine deutlich geringere Zahl von Berufen als in Deutschland, gilt aber auch für die meisten uns bekannten Gesundheitsberufe.

So ist beispielsweise die Lizensierungsorganisation des Staates New York, das „Board of Regents", derzeit für die Zulassung von 50 „New York State LicensedProfessions" zuständig, darunter seit 1891 (und erste zugelassene *profession*) die Medizin, viele weitere als *professions* titulierte Berufe wie Acupuncture, Applied Behavior Science, Athletic Training, Chiropractic, Clinical

Labaratory Technology, Dentistry, Dietetics Nutrition, Massage Therapy, Medical Physics, Mental Health Practitioners, Midwifery, Nursing, OccupationalTherapy, aber auch Interior Design, Architecture, Landscape Architecture und Certified Shorthand Reporting. Die Zulassung durch das Board of Regents ist Voraussetzung dafür, den *professional title* im Bundesstaat New York führen und dort praktizieren zu dürfen (vgl. NYSED, 2014).

In den USA steht hinter dem Begriff *profession* also eine *institutionelle* Wirklichkeit. Es gibt staatlich lizensierte und geschützte Bezeichnungen für Kompetenzzuschnitte, die als *professions* bezeichnet werden. Dies entspricht etwa der Situation, in der sich die staatlich regulierten Gesundheitsberufe in Deutschland befinden. In Deutschland gibt es keine Professionen im *institutionellen* Sinne. Auf institutioneller Ebene kennen wir nur Berufe. Die Profession ist ein rein *kategorialer* und *heuristischer* Begriff der Soziologie. Der Begriff *Profession* wurde zwar auch in Deutschland umgangssprachlich verwendet, meinte jedoch keineswegs das, was die Soziologie darunter versteht. *Profession* wurde bis etwa 1900 mit „Handwerk“ gleichgesetzt. Diese Begriffsbedeutung verschwindet dann in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts völlig.

Der soziologische Begriff *Profession* taucht in Westdeutschland im Zuge der Rezeption der US-amerikanischen Soziologie in der Nachkriegszeit auf. In seiner klassischen Arbeit „Berufe im Wandel“ fasst Hans A. Hesse die daraus entstehende Problematik der Begriffsverwendung zusammen:

> „Als ein Wort der Umgangssprache deckt ‚profession‘ eine Gruppe von Berufen, für die eine vergleichbare Sammelbezeichnung im deutschen Sprachraum nicht zur Verfügung steht …(und) die in vergangenen Epochen mit einem Höchstmaß an Einfluß und Ansehen ausgestattet, auch für die Gegenwart angesichts ihrer Macht und ihres Prestiges, aber auch in ihren Einkommenserwartungen deutlich von anderen Gruppen abgehoben erscheinen“. (Hesse, 1972, S. 49 f.)

> „Dieser Umstand insbesondere dürfte, so scheint es, für zwei Bewegungen ursächlich gewesen sein, die zunächst mehr oder weniger unabhängig voneinander entstanden, im Laufe der Zeit aber einander immer enger berührten, um so schließlich in ein Verhältnis ständiger Wechselwirkung einzutreten: die ‚professionalization‘ einerseits als eine die Berufsstruktur verändernde Erscheinung, andererseits als ein das Interesse der Soziologen immer stärker beanspruchender Gegenstand. Im Verlauf dieser Prozesse sind die Begriffe ‚profession‘ und ‚professionalization‘ (…) mehr und mehr zu Bestandteilen der Fachsprache geworden – und d. h. sie sind objektiviert und formalisiert worden –; zugleich aber sind sie zum Vokabular sozialpolitischer bzw. verbandspolitischer Interessensvertretung geworden – und d. h.: sie sind partikularer, parteilicher Interpretation ausgesetzt worden.“ (Hesse, 1972, S. 50)

Es ist also in doppelter Hinsicht nicht ganz einfach: Erstens unterscheidet sich die Struktur des amerikanischen und deutschen Berufssystems insgesamt ganz erheblich, wobei in den USA die *professions* ähnlich den deutschen *Berufen* eine institutionelle Entsprechung haben. Man kann also

Mitglied einer *profession* werden oder eine *professionalization* in dem Sinne anstreben, dass die eigene *occupation* als *profession* institutionell anerkannt wird. Zweitens wurde der englische Begriff *profession* von der deutschen Soziologie aus dem Amerikanischen übernommen, aber er bleibt ein analytischer Begriff, der hier keinerlei institutionelle Bedeutung hat. Die Profession in Deutschland ist ein rein *heuristisches* Konstrukt, auch *Professionalisierung* für die Soziologie ist zunächst nichts anderes als ein analytisches Konzept.

Mit diesen Hinweisen wird zweierlei klar: Erstens kann der vergleichende Blick in das Ausland auch in die Irre führen. Die Tatsache, dass nicht ärztliche Gesundheitsberufe in vielen Staaten an Universitäten ausgebildet werden, gewinnt eine andere Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass dort kaum andere institutionalisierte Formen der Berufsausbildung existieren. Zweitens wird dabei die besondere Qualität des Berufsbildungssystems in Deutschland leicht unterschätzt, weil auch die nicht akademische Ausbildung zu strukturierten Kompetenzprofilen führt, die im Falle der Gesundheitsberufe bundesgesetzlich geregelt und geschützt sind und (in gewissem Maße) sogar in geschützte Arbeitsbereiche führen. Die Defizite der deutschen Berufsausbildung gegenüber der akademischen Berufsbildung in anderen Ländern sind also präziser zu benennen. Hierbei gilt es, die Curricula, die Lehrinhalte und vor allem die vermittelten Kompetenzen zu vergleichen.

3.3 Soziologische Professionstheorien

Die soziologische Bedeutung von *Profession* hängt in erheblichem Maße von der soziologischen Theorieperspektive ab und von den Aspekten, die für die Untersuchung der Prozesse der „Professionalisierung" gewählt werden. Dies lässt sich gut am Beispiel der Medizin belegen, die unbestritten in allen theoretischen Ansätzen als empirische Folie für die Entwicklung der theoretischen Überlegungen dient.

Aus strukturfunktionalistischer Perspektive betrachtet, dominieren der Aspekt der Gemeinwohl- und Kollektivitätsorientierung sowie der ethischen Fundierung des Handelns. Insofern würde sich die Ärzteschaft von dem eher vom ökonomischen Eigeninteresse und von Selbstorientierung bestimmten Handeln etwa in marktförmigen Beziehungen abheben. Freidson verteidigt die Bedeutung dieser „dritten Logik" im Handeln zwischen der marktförmigen und der bürokratischen Steuerung) und betont die dadurch begründete Qualitätsorientierung durch Professionalität (vgl. Freidson, 2001).

Die Systemtheorie begreift die Professionen zunächst vor allem als „ein Phänomen des Übergangs von der ständischen Gesellschaft des alten Europa zur funktional differenzierten Gesell-

schaft der Moderne“ (Stichweh, 1996, S. 60). Stichweh sieht in systemtheoretischer Perspektive drei Merkmale in Funktionssystemen wie beispielsweise des Gesundheitssystems, die durch *Leitprofessionen* (hier die Ärzteschaft) gekennzeichnet sind: Erstens die „Prominenz der Interaktionsebene, die mit einer bestimmten Typik von Problemlagen (existenz- oder bestandskritische Probleme für ‚Individuen‘) zu tun“ hat; zweitens der Erhalt korporationsähnlicher Strukturen bei organisatorischer Trennung von Berufszulassung und professioneller Assoziation zum Zwecke der äußeren Interessensvertretung; drittens des Vorhandenseins eines elaborierten Wissenssystems, das Zusammenspiel von handlungssichernden Dogmatiken (der europäischen Wissenschaftstradition) und wahrheitsabhängigen und forschungsaffinen Teilgebieten ist (vgl. Stichweh, 1996, S. 64–66).

Die subjektorientierte Perspektive, die wir hier vertreten, betont subjektive und sozialpsychologische Aspekte, wenn das Verhältnis zwischen Profession und Beruf unterschieden werden soll (vgl. Bollinger, 1988; Bollinger/Hohl, 1981a). Unterschieden wird eine ganze „Gestalt“ unterschiedlicher, aber interdependenter Aspekte, die von folgender Kernfrage geleitet werden: Welche Beziehung besteht zwischen der Arbeit und der Subjektivität des Arbeitenden?

Der Arztberuf wies bis vor einigen Jahrzehnten nicht unerhebliche Abweichungen gegenüber der Kategorie „Beruf“ auf (und tut dies zum Teil noch heute), die es rechtfertigen, ihn analytisch als einen besonderen Beruf zu kennzeichnen – als ärztliche Profession. Zentral für die ärztliche Profession ist, dass ein erheblich engeres Verhältnis zwischen Person und Profession besteht als zwischen Person und Beruf. In gewisser Weise treffen auf die ärztliche Profession viele Aspekte in radikaler Form zu, die gegenwärtig in der arbeitssoziologischen Debatte um die „Subjektivierung von Arbeit“ (Kleemann et. al., 2003) eine Rolle spielen.

> „Es ist eine Binsenweisheit, dass jede Berufsausbildung zugleich Persönlichkeitsentwicklung ist; jeder, der einen Beruf erlernt, wird seine Person *ein Stück weit* verändern und neu bilden – aber eben auch nur ein Stück weit. Die Persönlichkeit des Berufstätigen geht nicht in seiner beruflichen Existenz auf; (…) Ganz anders bei der Profession. Der Professionelle geht als Person auf in dieser Bestimmung; er ist daneben nichts anderes – seine gesamte Existenz ist durchdrungen von der Profession.“ (Bollinger/Hohl, 1981b, S. 179)

Bollinger und Hohl deklinieren diese Besonderheit gegenüber dem Beruf an einer Reihe von Merkmalen des Ärztestand durch: an der Motivation, den Beruf zu ergreifen („Berufung“), an der Sozialisation in den Beruf („Bildung statt Ausbildung“), an der Ausrichtung des inhaltlichen Handelns (Aufgaben- vs. Funktionsorientierung), am Grad der Explikation der Kompetenzen (Doppelcharakter von explizitem und Erfahrungswissen vs. weitgehend explizierten Fähigkeiten),

an der Strukturierung des Verhältnisses von Arbeits- und Privatbereich (identisch vs. Gegenstruktur) und am Verhältnis von Arbeit und Leben (Arbeit heißt Leben vs. Arbeit zum Leben) (vgl. Bollinger/Hohl 1981b, S. 179 ff.). Bürgerlich, ständisch, männlich, elitär und paternalistisch sind die habituellen Merkmale der ärztlichen Profession, wie sie im Zuge der Modernisierung der Medizin im 19. Jahrhundert entstand (vgl. Bollinger, 1988).

Die subjektorientierte Perspektive teilt mit der systemtheoretischen die Auffassung, dass die ärztliche Profession eine im Zuge der Modernisierung entstandene Form darstellt, die ähnlich wie etwa die bürgerliche Familie oder die „moderne" Geschlechterordnung vormoderne und ständische Züge trägt und es sich letztlich um eine „unvollständige Modernisierung" handelt. Die heutige Medizin hat viele der beschriebenen Merkmale der Profession verloren und ist auf dem Weg zu einem akademischen Expertenberuf.

3.4 Die soziologische Rekonstruktion der Professionalisierung der Medizin

Die meisten der vorliegenden Ansätze zur Rekonstruktion der Professionalisierung der Medizin setzen am Prozessende an: an der etablierten *Profession* (etwa zur Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert). Dann liegt die Frage nahe, wie es der Medizin „gelingen" konnte, eine derart herausgehobene Stellung im Gefüge der Berufe zu erreichen – mit der nahezu vollständigen Monopolisierung der Zuständigkeit für die Kuration, mit dem Ausschluss anderer Gruppen von „HeilerInnen" bzw. dem Erreichen einer Art Nadelöhrfunktion für andere therapeutische Berufe („Heilmittelprivileg"), mit dem hohen Sozialprestige und einem im Vergleich zu anderen Berufen (aber nicht zu Unternehmern) hohen Einkommen.

Bei aller Komplexität im Detail macht es sich die Medizingeschichte dabei einfach: Die besondere Stellung im Sozialgefüge wird durch den „medizinischen Fortschritt", die Akkumulation von Wissen über die Entstehung von Krankheiten, ihrer Diagnose und die Entdeckung und die kontinuierliche Verbesserung therapeutischer Arzneien und Verfahren erklärt. Die Verwissenschaftlichung der Medizin bildet die Grundlage für diesen Erkenntniszuwachs und die Erweiterung der therapeutischen Potenz ab etwa dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts. Im Rückblick mokieren sich Vertreter der ärztlichen Profession allerdings dann nicht selten über ihre wenig kenntnisreichen, spekulativ arbeitenden früheren Kollegen.

Machttheoretische Ansätze (vgl. Huerkamp, 1985; Frevert, 1984; Larson, 1977) betonen den Interessensaspekt sowie den Prozess sozialer Schließung und Verdrängung bei der Entstehung

der ärztlichen Profession. Aus dieser Sicht geht es vor allem um die Rekonstruktion der Fragen, wie die Ärzteschaft ihre Wissensbestände und die Ausbildung homogenisierte; wie es ihr gelang, potenzielle Konkurrenten auf dem entstehenden Gesundheitsmarkt zu verdrängen, wie sie früher nicht akademisierte medizinische Gebiete (Chirurgie, Geburtshilfe etc.) in ihr Fächerspektrum integrieren konnte. Untersucht werden die Prozesse, die zur Bildung des ärztlichen Einheitsstands und den ärztlichen Standesorganisationen führten. *Professionalisierung* ist aus dieser Perspektive ein Erfolgsprojekt: Die Ärzteschaft in Deutschland erreichte in der Zeit zwischen dem letzten Viertel des 18. Jahrhunderts und der Wende zum 20. Jahrhundert die nahezu vollständige Beherrschung des Gesundheitsmarkts und ihre privilegierte soziale Stellung.

Aus subjektorientierter Perspektive stellt sich diese Geschichte deutlich ambivalenter dar, weil die Interessenslage der Ärzteschaft und ihre Zielsetzungen anders gesehen werden. Im Hinblick auf ihre Identität und ihr Fremdbild war gegebene Zugehörigkeit zur akademischen Intelligenz sicher wichtiger als die Spezialisierung für die Bearbeitung spezifischer Probleme, gar die Beschränkung auf das Kurieren kranker Körper. Nicht der Beruf und die in ihm gebündelten inhaltlichen Kompetenzen stellten zu Beginn der Modernisierung der Medizin das bedeutsame Kriterium sozialer Unterscheidung und gesellschaftlicher Verortung dar, sondern der Stand – und damit die Abgrenzung im Gefüge von Aristokratie, Besitzbürgertum, niederen Ständen, Arbeitern und Armen. Das „Projekt" der Ärzte war zutiefst verwoben mit der Entstehung des Bildungsbürgertums.

Sozial ging es darum, als Akademiker (und die Medizin ist wie die Jurisprudenz und die Theologie immerhin seit der Entstehung der Universitäten Fakultätswissenschaft) nach den Irritationen durch die Aufklärung, in der der Begriff des Gelehrten einen satirischen Beigeschmack bekommen hatte, wieder hoffähig (im wahrsten Sinne des Wortes) zu werden und wieder zu einer sozialen Identität zu gelangen. Inhaltlich stand jedoch etwas anderes im Vordergrund: die Verwirklichung einer großen gesellschaftlichen Utopie (vgl. Schipperges, 1968). Die gesamte Intelligenz, nicht nur der Ärzteschaft, verfolgte die Schaffung eines starken, prosperierenden und gesunden National- und Kulturstaats, einer „gesunden Gesellschaft" (Böhme, 1980) mit wohlhabenden, gebildeten und gesunden Bürgern. Tendenziell wollten diese auch die Macht des Bürgertums etablieren. Der Titel von Göckenjans Buch „Kurieren und Staat machen" (1985) bringt dies gut auf den Punkt.

Professionalisierung wird dann zu einem Prozess des Erfolgs und des Scheiterns. Der Erfolg liegt darin, nahezu die Alleinzuständigkeit für das Kurieren kranker Körper zu erreichen. Der Misserfolg zeigt sich am Scheitern der auch von vielen Ärzten getragenen bürgerlichen Revolution und später – nach der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin als wissenschaftliche Ersatzrevolution

(vgl. Göckenjan, 1985, S. 305) – am Verlust der Zuständigkeit für viele reformistische Aufgaben, die von den Ärzten vorangetrieben worden sind u. a.: Kanalisation, Trinkwasserversorgung, Lebensmittelkontrolle, Arbeitsschutz, Gesundheitserziehung, Organisation des Findlingswesens, aber auch Kampagnen gegen Müttererwerbstätigkeit. Professionalisierung des Ärztestands bedeutet auch den weitgehenden Verlust der Zuständigkeit für sozialmedizinische Aufgaben. Der „ökologische Blick" der bürgerlichen Sozialmedizin musste aufgegeben werden zugunsten des „klinischen Blicks", der sich auf Individuen richtete. Am Ende des 19. Jahrhunderts und am Ende der Professionalisierung der Medizin hat die Medizin (in großer Staatsnähe und permanenter Auseinandersetzung mit staatlichen Organen) ihren gesellschaftlichen Status und ihre Reputation als alte Fakultätswissenschaft behauptet, den Stand des Bildungsbürgertums mit begründet, den ärztlichen Einheitsstand durch die Integration der heute bekannten Subdisziplinen der Medizin hergestellt. Ihr oblag konkurrenzlos das Kurieren kranker Körper. Gemessen an dem Anspruch ihres politischen Programms und gemessen an dem Anspruch auf Zuständigkeit für die Verwirklichung einer gesunden Gesellschaft stand die Medizin jedoch eher vor einem Scherbenhaufen.

Der Ärztestand (wie auch der Titel der in unseren Augen angemessene Übersetzung von Freidsons Klassiker „Profession of Medicine" lautet) ist unter den ganz spezifischen politischen Konfigurationen und sozialen Bedingungen in den deutschen Kleinstaaten und des Deutschen Reichs entstanden und nicht planvoll gestaltet. Der Prozess der Professionalisierung der Medizin in Deutschland kann – so unsere These – zwar analytisch rekonstruiert werden, ist aber aus subjektorientierter Perspektive wenig geeignet, Professionalisierungsprozesse zu planen.

3.5 Die Deprofessionalisierung des Ärztestands

Betrachtet man die Entwicklung des Ärztestands aus der Perspektive der subjektorientierten Berufssoziologie, so lautet der Befund: Der Ärztestand unterliegt einem Prozess der Deprofessionalisierung. Die Medizin ist auf dem Weg zu einem akademischen Expertenberuf (vgl. Bollinger/Hohl, 1981a).

Der Begriff *Deprofessionalisierung* wurde von Müller (1973) eingeführt und bezog sich vor allem auf die zunehmende Verrechtlichung medizinischen Handelns. Bollinger und Hohl haben eine Reihe weiterer Faktoren identifiziert, an denen sich Deprofessionalisierung zeigt und die für sie verantwortlich sind: Die Einführung des Numerus Clausus (als staatliche Intervention) bei der Zulassung zum Medizinstudium erschwerte die soziale Reproduktion sozialer Ungleichheit durch die Reintegration der Nachkommen von Ärzten und Juristen in diese bildungsbürgerlichen

Berufsstände und öffnete den Beruf vermehrt auch für Angehörige anderer Sozialschichten und auch für Frauen. Die veränderte Rekrutierung bedeutet auch eine Veränderung der Herkunftsmilieus von Ärztinnen und Ärzten und vorgängiger Sozialisationserfahrungen sowie eine jeweils andere Ausstattung mit kulturellem und sozialem Kapital.

In der Öffentlichkeit war die traditionelle und vormoderne Arbeitsorientierung sehr ambivalent thematisiert worden. Auf der einen Seite wurde die „Halb-Gott-in-Weiß"-Selbstinszenierung der (ja nahezu ausschließlich männlichen) Medizin heftig kritisiert, auf der anderen Seite wurde das Bild des väterlichen Hausarztes gepflegt und bemängelt, dass dieses Ideal in immer geringerer Weise von der Ärzteschaft erfüllt wurde. Letztendlich haben die öffentliche Kritik auch der früher nicht wirklich funktionierenden Selbstkontrolle im Falle von Kunstfehlern und der Vorwurf, das medizinische Handeln an ökonomischen Gesichtspunkten – vor allem am Ziel der Maximierung des eigenen Einkommens – auszurichten, die Deprofessionalisierung (im Sinne einer „Entzauberung des Stands") gefördert.

Auch die Ärzteschaft an sich hat zur Deprofessionalisierung beigetragen, indem sie erstens solchen Vorwürfen eine reale Grundlage geschaffen und sich zweitens aus der umfassenden hausärztlichen Versorgung von PatientInnen sukzessive zurückgezogen hat (weniger Hausbesuche, eine funktionale Ausgliederung von Notfall- und Wochenenddiensten), kurz: durch eine der Berufsform eigene Trennung von Erwerbsarbeit und Freizeit. Ganz wesentlich erscheinen schließlich Veränderungen auf Patientenseite. Die Figur des „mündigen Patienten" – in neuerer Terminologie „Autonomiegewinn von Patienten" genannt – ist inkompatibel mit der paternalistisch-asymmetrischen Arzt-Patient-Beziehung, die für die ärztliche Profession kennzeichnend war.

All diese Entwicklungen haben sich in den letzten drei Jahrzehnten deutlich verstärkt und sind um weitere Facetten bereichert worden. Selbsthilfebewegung und Internetnutzung haben zu einer deutlichen Kompetenzerweiterung bei Patientengruppen geführt, viele Patienten scheuen sich nicht mehr, bei gravierender Erkrankung Zweit- und Drittmeinungen einzuholen. Die Zahl der juristischen Auseinandersetzungen im Hinblick auf mögliche ärztliche Fehler hat sich deutlich erhöht. Die staatlichen Regelungen, die zur Qualitätssicherung, Kostendeckelung und Kostensenkung im Gesundheitswesen eingeführt wurden, haben neue Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit geschaffen und – je nach Praxissetting – zu einer Intensivierung der Verwaltungsanteile und/oder zu einer Verstärkung der ökonomischen Kalkulation beigetragen. Diese Rahmung berührt die Autonomie ärztlichen Handelns unmittelbar und setzt es gleichermaßen bürokratischen Zwängen wie marktwirtschaftlichen Versuchungen aus – beides widerspricht auch der Bedeutung,

die etwa Freidson dem *professionalism* als Steuerungsmechanismus ärztlicher Arbeit zuschreibt (vgl. Freidson, 2001).

Bollinger und Hohl (1981a) verweisen schließlich auf die Technisierung der Medizin als Element von Deprofessionalisierung sowie auf die Bemühungen nicht ärztlicher Gesundheitsberufe, sich selbst eine inhaltlich veränderte, von tendenziell gleichberechtigter Kooperation gekennzeichnete und sozial verbesserte Stellung im Gefüge der Gesundheitsberufe zu verschaffen. Diese Versuche wurden gemeinhin als Prozess der *Professionalisierung* bezeichnet. Wir stehen also vor dem paradoxen Befund, dass im Gesundheitswesen gleichzeitig Prozesse der Deprofessionalisierung des Ärztestands und der Professionalisierung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe beobachtbar sein sollen.

3.6 Die *Professionalisierung* nicht ärztlicher Gesundheitsberufe in Deutschland

Der „Pflegenotstand" gegen Ende der 1980er-Jahre und die mit ihm verbundenen Rekrutierungsprobleme führten zu einer Reihe von Versuchen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen – darunter auch zur Wiederaufnahme des in früheren Jahren schon mehrfach gescheiterten Projekts der Akademisierung der Pflege. Die Koinzidenz der Debatten um den Pflegenotstand und die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland (vgl. Bollinger/Grewe, 2002, S. 45) sowie die durch die Vereinigung der deutschen Staaten erforderliche Eingliederung von ca. 1.700 akademisch qualifizierten Diplom-Medizinpädagogen der DDR in das Berufssystem (vgl. Beier, 1991) eröffneten den Raum für die Akademisierung der Pflege. Von besonderer Bedeutung war die 1992 erschienene Denkschrift der Robert Bosch Stiftung (1992), in der erstmals Hochrechnungen zum Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegekräften (für Lehr- und Leitungspositionen) erfolgten. Auf dieser Grundlage wurde anschließend ausdrücklich die Einrichtung von Pflegestudiengängen gefordert. In der öffentlichen Diskussion wurde dabei – mit Blick auf die soziologische Professionstheorie und die international übliche universitäre Verortung der Pflegeausbildung – der Begriff der Akademisierung meist mit dem der Professionalisierung gleichgesetzt. Es erfolgte selten eine differenziertere Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Begriffs „Professionalisierung" (vgl. Schaeffer, 2004; Weidner, 1995). Kritisch sah man den inflationären und relativ wenig reflektierten Gebrauch des Professionsbegriffs. Einig war man sich im Hinblick auf die enorme Bedeutung der Anfang der 1990er-Jahre flächendeckend einsetzenden Akademisierung der Pflege für die Entwicklung des Pflegeberufs (vgl. Bollinger, 2012; Schaeffer, 1999).

In den Jahren 1992–1994 erfolgte schwerpunktmäßig die Implementierung einer Vielzahl von pflegebezogenen Studiengängen (überwiegend an Fachhochschulen). Hierbei folgte man einer Empfehlung des Wissenschaftsrats von 1991. Einmal in Fahrt gekommen, verlief diese Entwicklung dann explosionsartig (vgl. Schaeffer, 2012) und zudem weder qualitativ noch quantitativ so, wie damals von der Robert Bosch Stiftung (1992) vorhergesehen. So finden sich im Ergebnis des Akademisierungsprozesses nur etwa 20 Jahre später ca. 80 pflegebezogene Studiengänge an deutschen Hochschulen.

Mit Beginn des Akademisierungsprozesses in der Pflege entwickelten sich allerdings zwei unterschiedliche Studiengangsmodelle, die sich in Ansatz, Zielen und Inhalten grundsätzlich voneinander unterschieden: erstens primärqualifizierende Studienangebote ohne vorgängige angeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf und zweitens traditionelle Primärqualifikation ergänzende Studienangebote, die einen solchen Abschluss voraussetzten. Für beide Varianten wurden eine Reihe von Vor- und Nachteile diskutiert (vgl. Gerlach, 2013, S. 30 ff.). Die additiven Modelle bilden in der Regel entweder gezielt für leitende, pädagogische Funktionen oder den wissenschaftlichen Tätigkeitsbereich aus. Vorteile dieser Konstruktion waren die hohe Passfähigkeit in das traditionelle System der Pflege sowie das nahezu unangetastete Tarifgefüge (ebd.). Als Nachteil wurde u. a. gesehen, dass damit nur die Leitungs- und Lehrfunktionen „professionalisiert" wurden, die direkte Pflegepraxis jedoch allenfalls indirekt tangiert wurde. Die Absolventinnen und Absolventen grundständig primärqualifizierender Studiengänge mussten erkennen, dass ihr Einsatz in der direkten pflegerischen Versorgung – ein zentrales Ausbildungsziel dieser Studiengänge – aufgrund bestehender berufsrechtlicher Barrieren nur bedingt möglich war. Der gesetzliche Schutz der Berufsbezeichnung der drei Pflegeberufe und die daran mittelbar gekoppelten (gesetzlichen oder vertraglichen) Tätigkeitsvorbehalte hatte für die Absolventinnen und Absolventen zur Konsequenz, dass sie als akademisch gebildete Pflegekräfte die staatliche Anerkennung zur Führung der Berufsbezeichnung in einem Pflegeberuf einholen mussten, um unbeschränkt praktisch tätig zu werden. Dies setzte den Nachweis definierter Praxiszeiten voraus. Die aus dieser Erfahrung resultierende Erhöhung der Praxiszeiten in den Studiengängen (vgl. Grewe/Stahl, 2012) führte zu einem weiteren Kritikpunkt: Es wurde infrage gestellt, ob und inwiefern es gelänge, unter diesen Bedingungen die wissenschaftliche Qualität der Ausbildung aufrechtzuerhalten (vgl. Dielmann, 2002).

Auf der Grundlage der Länderzuständigkeit in Fragen der Bildungspolitik und der Autonomie der Hochschulen verlief die Entwicklung außerdem relativ unabhängig voneinander (vgl. Kälble, 2008). Schaeffer et al. konstatieren bezogen auf die Studienlandschaft in der Pflege, dass

diese mehr einem „buntem Mix“ als einem „in sich stimmigen Ganzen“ gleiche und eine „international anschlussfähige Gesamtkontur“ vermissen lasse. Es fehle an einem Masterplan für die Gesamtentwicklung der Akademisierung der Pflege (vgl. Schaeffer et al., 2010).

Die Primärqualifizierung an Hochschulen wurde lange Zeit auch in Pflegeverbänden kritisch gesehen. In weiten Teilen der Pflege wurde das Elitenkonzept favorisiert. So war es z. B. zehn Jahre nach Einrichtung der ersten Studiengänge nicht möglich, mit einem pflegerischen akademischen Abschluss in den größten Berufsverband für Pflegeberufe einzutreten, wenn nicht gleichzeitig auch ein entsprechender staatlich anerkannter Berufsabschluss vorlag. Erst 2006 fand auch in den Berufsverbänden ein Umdenken statt. So wurde u. a. mit dem vom Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR, 2006) herausgegebenen Bildungskonzept von da an offensiv die Einrichtung entsprechender primärqualifizierender Studienprogramme gefordert.

Diese Situation stellte sich für die nicht ärztlichen Therapieberufe deutlich anders dar. Dort wurde von den Aktivistinnen und Aktivisten bereits relativ früh eine grundständige Akademisierung der entsprechenden Berufe gefordert (vgl. AG MTG, 2003). Die Einrichtung von mehr als 40 additiven oder ausbildungsintegrierten Studienprogrammen (vgl. Walkenhorst, 2013; WR, 2012; Höppner, 2011) wurde von den Vertretungen der Berufe Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammenkunde einhellig als Einstieg in die Akademisierung begrüßt und die Forderungen nach einer grundständigen Akademisierung zielstrebig weiter verfolgt (vgl. HVG, 2013). Der mit Abstand größte Anteil der Studiengänge wendet sich derzeit an Interessenten im Feld der Physiotherapie. Dies stimmt mit der quantitativen Verteilung innerhalb der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe überein.

Mit Verweis auf den Akademisierungsprozess in der Pflege und die dabei beobachtbaren Schwierigkeiten wollen die unter dem Begriff „therapeutische Gesundheitsberufe“ zusammengefassten Berufsgruppen einen Weg beschreiten, der sich von dem der Pflege unterscheidet und deren Fehlentwicklungen vermeidet (vgl. Friedrichs/Schaub, 2011). So wurde deutlich unterstrichen, dass berufspolitisch motivierte Argumente wenig zielführend im Prozess der Akademisierung seien (vgl. Walkenhorst, 2011, S. 7). In der Konsequenz wird die Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe weniger als „Professionalisierung“ thematisiert, sondern direkt auf den Versorgungsbedarf bezogen. Vor allem mit Bezug auf die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung der Qualität im Gesundheitswesen (vgl. SVR, 2005; SVR, 2007; SVR, 2009) wird die Entwicklung der Ausbildungsqualität der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe als notwendig erachtet.

Unterstützung findet diese Position in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats vom Juli 2012, der dazu rät, das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal zukünftig an Hochschulen auszubilden. Die hochschulische Ausbildung soll nach seiner Empfehlung in erster Linie in Form von primärqualifizierenden, patientenorientierten Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden Bachelor-Abschlusses erfolgen (vgl. WR, 2012, S. 8).

Die seit Beginn der Diskussion um die Akademisierung in diesem Feld immer wieder gestellte Frage nach der Höhe des Bedarfs an akademisch qualifiziertem Personal wird ebenfalls beantwortet. Ausgegangen wird nunmehr davon, dass zukünftig zwischen 10–20 % eines Ausbildungsjahrgangs in primärqualifizierenden Studiengängen ausgebildet werden sollten.

Mit Einführung der Modellklauseln in den entsprechenden Berufsgesetzen – 2003 zunächst nur für die Pflegeberufe, im Jahre 2009 dann auch für die Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie – wurde ein Meilenstein in Richtung einer entsprechenden Entwicklung gelegt. Damit ist zumindest für einen befristeten Zeitraum die Voraussetzung für eine grundständige Akademisierung der Gesundheitsberufe geschaffen. Den bisherigen Höhepunkt dieser Entwicklung stellt mit Sicherheit die in NRW explizit zur Erprobung entsprechender Modellvorhaben erfolgte Gründung der „Hochschule für Gesundheit" dar. Verbunden mit der Option der Qualifizierung der Gesundheitsberufe auf Hochschulniveau ist die gesetzliche Verpflichtung zur Evaluation der auf der Grundlage der Modellklauseln entwickelten Studiengänge. Aus staatlicher Sicht sollen die Ergebnisse der Evaluierungen Hinweise liefern, wie es um den Mehrwert der akademischen Ausbildung für die Versorgungsqualität bestellt ist.

In diesem Zusammenhang stellen sich natürlich viele Fragen und Desiderata, die hier nur angedeutet werden können: Akademisierung bedeutet ja nicht nur, die beruflichen Bildungsprozesse an Hochschulen zu verlagern, sondern vor allem die berufliche Bildung zu verwissenschaftlichen. Dies setzt jedoch das Vorliegen von Resultaten wissenschaftlicher Forschung zu Pflege und nicht ärztlicher Therapie voraus, wobei Forschung selbst Infrastruktur und Förderung bedingt.

Die Notwendigkeit der Erfüllung der berufsgesetzlichen Voraussetzungen im Rahmen der akademischen Ausbildung führt zur Frage der Kompatibilität mit der bildungspolitisch geforderten Orientierung an den Beschlüssen von Bologna, Kopenhagen und Lissabon (vgl. Walkenhorst, 2013; Friedrichs/Schaub, 2011). Aktuell diskutiert wird auch die Frage, ab welcher Dauer eine Hochschulsozialisation bei den Absolventinnen und Absolventen „ausreichend" zum Tragen kommt. Hierbei geht es in erster Linie um die Ausgestaltung von Anrechnungsmöglichkeiten auf

ein Studium und in zweiter Linie um die Wirkung der zwangsläufig hohen Praxisanteile in den Modellstudiengängen auf die hochschulische Sozialisation (vgl. Kälble, 2013).

Diese „Binnenprobleme" der Akademisierung werden ergänzt und erweitert um grundsätzliche Fragen der Koppelung der Qualifikationsprofile in der Praxis bis hin zur Frage nach der Ausgestaltung der interdisziplinären Kooperation der Gesundheitsberufe einschließlich der Medizin (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2013) und die mit einer möglichen Neuordnung verbundene Regelung berufs- und haftungsrechtlicher Fragen. In jüngerer Zeit wurden vor allem angesichts des Ärztemangels in einzelnen ländlichen Regionen vereinzelt auch Delegationsprojekte (mit den klischeehaft anmutenden Frauennamen AGnES, EVA, MoNi oder VERAH) pilothaft getestet. In diesen Delegationsprojekten übernahmen besonders qualifizierte nicht ärztliche Fachkräfte spezifische Aufgaben der hausärztlichen Versorgung (vgl. Ragalski et al., 2012). In diesem Zusammenhang wird tendenziell auch die Substitution ärztlicher Leistungen angedacht (ebd.).

Die Interessenvertretungen der Ärzteschaft agierten bislang eher zurückhaltend auf die Akademisierung der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe. Erst in jüngerer Zeit gibt es skeptische Stellungnahmen (vgl. AG Hochschulmedizin, 2012) oder auch dezidierte Forderungen nach Einrichtungen von Studiengängen für nicht ärztliche Gesundheitsberufe an den medizinischen Fakultäten der Universitäten (vgl. Deutsche Hochschulmedizin e.V., 2014). Hinsichtlich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Bereich der hausärztlichen Versorgung zeigt sich unter definierten Bedingungen die Ärzteschaft offen für Delegationsmodelle. Es wird jedoch sehr klar formuliert, dass der Arztvorbehalt dadurch nicht gefährdet werden dürfte und genuin ärztliche Tätigkeiten nicht delegierbar seien. Substitutionsmodelle werden abgelehnt (vgl. Bundesärztekammer, 2008).

Ob schließlich die jüngst erfolgte Gründung des „Vereins zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberuferats" das Fehlen eines übergeordneten „Masterplans" zur Neuordnung der Gesundheitsberufe ausgleichen kann, muss sich zeigen.

Festzuhalten ist, dass erhebliche Bewegung in das Berufsfeld Gesundheit gekommen ist. Das Ergebnis ist aber noch völlig offen. Relativ sicher ist davon auszugehen, dass sich die begrenzte Akademisierung der Pflege(berufe) und der nicht ärztlichen Therapieberufe stabilisieren wird. Völlig unklar ist auch derzeit, wie weit die Veränderungen reichen werden und wie sich die intra- und interberufliche Arbeitsteilung und Kooperation entwickeln werden.

3.7 Aspekte der Neuordnung des Berufsfelds Gesundheit

Wir haben es u. E. mit der Konstitution nicht ärztlicher akademischer Gesundheitsberufe zu tun. Dies bedeutet Folgendes: Es werden (sollen) neue, bisher in Deutschland nicht bekannte Arbeitskraftmuster entstehen, die im Unterschied zur traditionellen Ausbildung wissenschaftliche und wissenschaftsbasierte praktische Handlungskompetenz beinhalten. Die Akademisierung auf der Grundlage bestehender traditionell ausgebildeter Berufe stellt für die veränderungsorientierten Protagonisten eine besondere Herausforderung dar. Sie müssen letztendlich die Frage nach dem inhaltlichen „Mehrwert" dieser gewünschten Ausbildungsform beantworten und erläutern, für welche wissenschaftlichen und praktischen Probleme diese Kompetenzen erforderlich sind. Dies wird in zunehmendem Maße auch versucht (vgl. Walkenhorst, 2011; Walkenhorst, 2013) und im Rahmen der Evaluierungspflicht für die Inanspruchnahme von Modellklauseln (bei Projekten der Akademisierung oder auch bei Projekten der ärztlichen Delegation von Aufgaben an nicht ärztliche Gesundheitsberufe) auch staatlicherseits gefordert.

In diesem Zusammenhang sind folgende gravierende Probleme zu bewältigen: Die akademische Bildung braucht – soll sie ihre besondere Aufgabe erfüllen – einen Korpus wissenschaftlicher Erkenntnisse, der selbst nur durch intensive und extensive Forschung zu erarbeiten ist; nur fallweise kann auf importierte Wissensbestände zurückgegriffen werden. Die Forschung hat jedoch keinen zeitlichen Vorlauf vor der akademischen Bildung – wenn Professuren besetzt werden, beginnt in aller Regel auch die Ausbildung. Und selbst die Besetzung dieser Professuren kann schon ein Problem darstellen, weil die Besetzungsvoraussetzungen entweder nur durch berufsfremde Karrierepfade zu erfüllen sind oder erst mit größerer zeitlicher Verzögerung, dann nämlich, wenn die ersten Absolventinnen und Absolventen all die Karriereschritte erfüllt haben, die sie für eine Professur qualifizieren. Ein weiteres gravierendes Problem betrifft die praktische Ausbildung: In potenziellen Praxiseinrichtungen steht kaum akademisch qualifiziertes Personal der akademisierten nicht ärztlichen Berufe zur Verfügung. Es ist also mit längeren Übergangszeiten zu rechnen, bis der „Mehrwert" der akademischen Ausbildung überhaupt nachzuweisen sein wird. Bis dahin wird man sich vor allem mit der methodischen Qualifizierung, mit Lehrforschungsprojekten und mit einzelnen Pilotprojekten behelfen müssen.

Übereinstimmung scheint es mittlerweile darüber zu geben, dass – und das stellt einen Unterschied zur frühen Phase der Akademisierung der Pflege dar – die überwiegende Zahl der akademisch gebildeten Fachkräfte in der direkten Versorgung tätig werden soll. Für diese Einschätzung sprechen die Stellungnahme des Wissenschaftsrats und die Bezugnahme von Protagonisten der

Akademisierung auf die in den Gutachten des Sachverständigenrats genannten der Versorgungsherausforderungen. Die Verbesserung der praktischen Versorgung kranker oder alter Menschen und die Überwindung bestehender Versorgungsdefizite sind die Grundlage der gesundheitspolitischen Legitimität und der staatlichen Unterstützung der Akademisierung. Auch berufspolitische Interessen werden nur dann durchzusetzen sein, wenn sie mit der Versorgungslogik derart verschmelzen, dass sie nur noch analytisch zu trennen sind.

Dies ist auch die Voraussetzung dafür, dass sich die durch die Akademisierung entstehenden intraberuflichen und interberuflichen Irritationen nicht negativ auf die Akademisierung auswirken.

3.8 Reifikation analytischer Konzepte als berufspolitische „Blaupause“

Zu Beginn des Veränderungsprozesses der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe in Deutschland war der Begriff *Professionalisierung* in aller Munde und tauchte in vielen Publikationen auf. In manchen Publikationen wurde das Ziel der Professionalisierung klar definiert: Die Berufe sollten zu einer Profession werden. Die Akademisierung schien und scheint ein geeignetes Mittel, um diese Zielsetzungen zu erreichen. Dass die Akademisierung in dem größeren Zusammenhang von Professionalisierung verortet wurde, ist sicher dem Blick in andere Staaten geschuldet, in denen die nicht ärztlichen Gesundheitsberufe an Universitäten ausgebildet werden.

Eine Rolle dürfte dabei auch die Rezeption der US-amerikanischen Professionssoziologie gespielt haben, insbesondere die von Hesse (1972, S. 45 ff.) vorgelegte Liste der „‚Charakteristika‘ der ‚professions‘“. Hesse hatte in seinem Versuch, Ordnung in die Vielzahl amerikanischer Publikationen zu bringen, einfach ausgezählt, in wie vielen Veröffentlichungen welche Professionsmerkmale genannt werden. Ganz oben, weil häufig genannt, stand dann das Item: „Berufstätigkeit beruht auf langdauernder theoretisch fundierter Spezialausbildung – sie ist überwiegend nicht-manuell“. Das dritt häufigste Item lautete: „Die Berufstätigen sind in einem Berufsverband mit weitgehender Selbstverwaltung und Disziplinargewalt organisiert“. Zudem wird darauf verwiesen, dass die Berufsangehörigen ein hohes Ansehen genießen würden und ein entsprechendes Selbstbewusstsein hätten und dass für sie ein gegenüber anderen Berufen klar abgegrenzter Arbeitsbereich monopolisiert ist. Daraus lässt sich eine Art Blaupause für ein berufspolitisches Programm ableiten – mit den Schritten Akademisierung, Kammerbildung und den Effekten: Schaffung von Tätigkeitsvorbehalten, Gewinn an Prestige und Selbstbewusstsein.

Soziologisch führt der Gebrauch des Begriffs *Profession* in diesem Zusammenhang allerdings eher in die Irre – jedenfalls wenn man den subjektorientieren Professionsbegriff zugrunde legt und *Professionalisierung* (des Ärztestands) auch nicht als bloßes berufspolitisches Projekt begreift. *Profession* eignet sich als Ziel der berufspolitisch motivierten Entwicklungen der Pflege und anderer nicht ärztlicher Gesundheitsberufe nur, wenn man den Merkmalskatalog Hesses eklektisch abarbeitet. Der Begriff *Professionalisierung* ist berufspolitisch nur dann sinnvoll, wenn man vor allem eine machttheoretisch begründete soziologische Perspektive einnimmt. In beiden Fällen handelt es sich – unabhängig von der Frage, ob die zugrunde liegenden soziologischen Analysen richtig oder falsch sind – um eine unzulässige berufspolitische Orientierung an soziologischen analytischen Perspektiven bzw. Kategorien. Unzulässig ist dies erstens deshalb, weil die soziologischen Begriffe ihrer Historizität entfremdet und zweitens ihrer jeweiligen gesellschaftlichen Einbettung entzogen werden. So wird etwa die Tatsache, dass „profession" in den USA ein institutionalisierter Begriff ist, dem in Deutschland der Berufsbegriff gegenübersteht, ignoriert. Der Professionsbegriff gewinnt damit in Deutschland eine substanzielle Qualität, und dabei handelt es sich um nichts anderes als eine Reifikation, weil er in Deutschland keine institutionelle Bedeutung besitzt.

Der außerordentlich komplexe Prozess der Neuordnung des Berufsfelds Gesundheit sollte u.a. als Berufsveränderungs- und konstitutionsprozess betrieben und analytisch vor allem auch mit dem Instrumentarium der Berufssoziologie untersucht werden. Nur im Falle der Medizin scheint uns ein analytischer Bezug zu Konzepten der Professionssoziologie tragfähig zu sein. Die jüngere Debatte um die Akademisierung der Pflege und der nicht ärztlichen Therapieberufe scheint auch in diese Richtung zu laufen.

Literatur

AG MTG – Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2003). *Positionspapier der AG MTG zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe.*

Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1997). *Professionelle Pflege – Theoretische und praktische Grundlagen.* Bocholt.

Beck, U./Brater, M. (1977). *Berufliche Arbeitsteilung und soziale Ungleichheit. Konzeption einer subjektbezogenen Theorie der Berufe.* In: Beck, U./Brater, M.(Hrsg.): Die soziale Konstitution der Berufe. Materialien zur einer subjektbezogenen Theorie der Berufe. Band 2, Frankfurt/New York: Campus, S. 6–24.

Beier, J. (1991). *Hochschulstudium der Medizinpädagogik.* Heilberufe, (2), S. 52–55.

Böhme, G. (1980). *Alternativen der Wissenschaft.* Frankfurt: Suhrkamp.

Bollinger, H. (1988). *Die Professionalisierung des Ärztestandes im 19. Jahrhundert. Eine Untersuchung in subjektorientierter Perspektive.* Dissertation an der Fakultät für Theoretische Medizin der Universität Ulm. Mikrofiche.

Bollinger, H. (2012). *Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive.* In: Bollinger H./Gerlach A./Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen. 3. Auflage, Frankfurt am Main: Mabuse, S. 13–30.

Bollinger, H./Hohl J. (1981a). *Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärztestandes.* Soziale Welt, 32 (4), S. 440–464.

Bollinger, H./Hohl, J. (1981b). *Der Arzt – Medizinischer Reduktionismus und professionelle Existenz.* In: Bollinger, H./Brockhaus, G./Hohl, J./Schwaiger, H. (Hrsg.): Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. München, S. 145–229.

Bollinger, H./Grewe A. (2002*). Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade.* In: Kritisches Jahrbuch für Medizin 37. Qualifizierung und Professionalisierung. Hamburg, S. 43–59.

Bundesärztekammer (2008). *Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetags vom 20.–23. Mai 2008 in Ulm.* http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.6205 (23.09.2014).

DBR – Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2006). *Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006. Eckpunkte.* http://www.bildungsrat-pflege.de/de/index.php?id_mnu=103 (13.09.2014).

Deutsche Hochschulmedizin e.V. (2014). *Stellungnahme des Verbandes der Universitätsklinika (VDU), des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschland (VPU) und des MFT Medizinischen Fakultätstages.* http://www.mft-online.de/files/140213_stellungnahme_akademisierung_pflegeberufe.pdf (30.09.2014).

Dielmann, G. (2003).*Zur Diskussion um eine Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen.* In: Jahrbuch für Kritische Medizin 37, S. 60–79. http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band37_Kapitel06_Dielmann.pdf (24.09.2014).

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic.* Chicago: University of Chicago Press.

Frevert, U. (1984). *Krankheit als politisches Problem 1770–1880.* Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht.

Friedrichs, A./Schaub, H.-A. (2011). *Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive.* GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 28 (4), S. 64–70.

Gerlach, A. (2013). *Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation.* Frankfurt am Main: Mabuse.

Göckenjan, G. (1985). *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt.* Frankfurt: Suhrkamp.

Grewe, A./Stahl S. (2012). *Zukunft aus der Geschichte? Die Beharrlichkeit einer Professionalisierungsidee als konstitutives Element von Hochschulbildungskonzepten für die Pflege.* In: Bollinger, H./Gerlach, A./Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen. 3. Auflage, Frankfurt am Main: Mabuse, S. 55–70.

Hesse, H. A. (1972). *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts.* Stuttgart: Enke.

Höppner, H. (2011). *Entwicklung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland. Zum Stand der Akademisierung.* http://www.mft-online.de/files/72_omft_hoeppner.pdf (04.08.2014).

Huerkamp, C. (1985). *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (2013). *Positionspapier des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe e.V.* http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Positionspapier_des_HVG_zur_Akademisierung.pdf (13.09.2014)

Kälble, K. (2008). *Die Gesundheitsfachberufe der Pflege und Therapie im Akademisierungsprozess – Eine Analyse der Entwicklungen und Perspektiven in Deutschland.* In: Rasky, E. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in den Berufsalltag. Möglichkeiten auf dem Gesundheitsmarkt. Wien: Facultas, S. 36–61.

Kälble, K. (2013). *Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland.* In: Estermann, J./ Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel". Winterthur 2012. Zürich: Orlux.

Kleemann, F./Matuschek, I./Voß, G. G. (2003). *Subjektivierung von Arbeit. Ein Überblick über den Stand der Diskussion.* In: Moldaschl, M./Voß, G.G. (Hrsg.): Subjektivierung von Arbeit. München/Mering: Hampp.

Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkely.

New York State Educational Department (2014). *New York State Licensed Professions.* http://www.op.nysed.gov/prof/ (30.09.2014).

Müller, U. (1973). *Verrechtlichung medizinischen Handelns. Deprofessionalisierungsprozesse im Berufsfeld Medizin*. In: Mackensen, R./Sagebeil, F. (Hrsg): Soziologische Analysen. Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979). Berlin, S. 193–195.

Robert Bosch Stiftung (1992). *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege* (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28). Gerlingen.

Robert Bosch Stiftung (2013). *Gesundheitsberufe neu denken – Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart.

Ragalski, H./Dreier, A./Hoffmann, W./Oppermann, R. F. (2012). *Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes.* Pflege, 25 (1), S. 11–21.

Schaeffer, D. (1994). *Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege.* In: Schaeffer, D./Moers, M./ Rosenbrock R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin, S. 103–126.

Schaeffer, D. (1999). *Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft.* Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 12, (3), S. 141–152.

Schaeffer, D. (2012). *Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität.* Gesundheits- und Sozialpolitik, 65 (5-6), S. 25–31.

Schaeffer, D./Moers, M. /Hurrelmann, K. (2010). *Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren.* In: Gerlinger, T./ Kümpers, S./Lenhardt, U./Wright, M. T. (Hrsg.): Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. Bern, S. 75–92.

Schipperges, H. (1968). *Utopien der Medizin. Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19. Jahrhunderts.* Salzburg: Müller.

Stichweh, R. (1996). *Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus professionellen Handelns. Frankfurt: Suhrkamp, S. 49–69.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung der Qualität im Gesundheitswesen (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.* Kurzfassung. Baden-Baden.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung der Qualität im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Kurzfassung. Baden-Baden.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung der Qualität im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.* Sondergutachten. Kurzfassung. Baden-Baden.

Walkenhorst, U. (2011). *Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang.* bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011. Fachtagung 10. http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf (24.09.2014).

Walkenhorst, U. (2013). *Zukunft der therapeutischen Gesundheitsberufe im Spannungsfeld von beruflicher Ausbildung und akademischer Qualifizierung* – Hochschultage Berufliche Bildung 2013. bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013. Fachtagung 10. http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/walkenhorst_ft10-ht2013.pdf (24.09.2014).

Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege.* Frankfurt am Main: Mabuse.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen.* Berlin.

II
Gesundheitsberufliche Qualifikationen unter Innovationsdruck

4 Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe

GERHARD IGL

In dem Beitrag, der sich auf die anderen als ärztlichen Heilberufe konzentriert, werden zunächst die Struktur und die Regelungsebenen des Gesundheitsberuferechts untersucht, wobei besonders auf die Einflüsse des Unions- und Verfassungsrechts und die Einbindung in das Ausbildungsrecht sowie auf das Recht der Erbringung von Gesundheitssozialleistungen eingegangen wird. Bei den aktuellen rechtlichen Entwicklungen wird die Diskussion um die hochschulische Qualifikation der anderen als ärztlichen Heilberufe mit ihren rechtlichen Rahmenbedingungen und möglichen Auswirkungen dargestellt. Weiter werden die Delegations-/Substitutionsproblematik und die aktuellen Normierungen (Übertragungsrichtlinie zu den Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3 c SGB V; Delegationsvereinbarung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V) hierzu mit Blick auf den Zugang zur Erbringung von Gesundheitsleistungen erörtert. Künftiger Regelungsbedarf wird bei den Heilberufegesetzen gesehen. Hier sollen für diejenigen Heilberufe, die noch keine Ausbildungsziele ausweisen, entsprechende Ziele formuliert werden. Die jüngste Änderung der europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie bedingt weitere Änderungen bei diesen Gesetzen. Schließlich werden Reformen bei der Ausbildungsfinanzierung und insgesamt bei der Neuordnung des Heilberuferechts in Richtung auf ein Allgemeines Heilberufegesetz/Gesetz über Heilberufe angemahnt.

4.1 Zum Begriff der Gesundheitsberufe

Es gibt keine für alle Berufe des Gesundheitswesens einheitliche Terminologie (vgl. Dielmann, 2013, S. 151). Es ist aber üblich geworden, alle im Gesundheitswesen tätigen Berufe unter dem Oberbegriff der Gesundheitsberufe einzuordnen (vgl. SVR, 2007, S. 71). Bei einem solch weiten begrifflichen Verständnis ist es notwendig, eine genauere Unterteilung zu schaffen. Für diese Unterteilung können verfassungsrechtliche und an die Ausbildung und berufliche Tätigkeit/Funktion anknüpfende Kriterien herangezogen werden.

Unterscheidung nach verfassungsrechtlichen Kriterien

Der Begriff der Heilberufe ist als verfassungsrechtlicher Begriff vorgeprägt (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die entsprechende Unterscheidung innerhalb der Gesundheitsberufe würde dann „Heilberufe und andere Gesundheitsberufe" lauten.

Unterscheidung nach Ausbildungskriterien

Die Ausbildung der Gesundheitsberufe weist eine Besonderheit auf: Während die berufliche Ausbildung außerhalb von Hochschulen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der Handwerksordnung (HWO) stattfindet, existieren für diejenigen Gesundheitsberufe, die den Heilberufen zuzurechnen sind, besondere Ausbildungsregelungen im Rahmen der Heilberufegesetze, die sich als Berufszulassungsgesetze verstehen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Für deren Regelung ist der Bundesgesetzgeber zuständig. Auch die Gesetzgeber der Länder können tätig werden, solange und soweit der Bundesgesetzgeber von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG).

Innerhalb der Heilberufe werden noch weitere Unterscheidungen getroffen, die jedoch nicht verfassungsrechtlich vorgegeben sind. So wird zwischen akademischen und nicht akademischen Heilberufen unterschieden. Akademisch im Sinne eines Universitätsstudiums werden Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ausgebildet. Diese Unterscheidung wird aber zunehmend problematisch, da mittlerweile für mehrere Heilberufe (Kranken- und Altenpflege, Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Hebammen) in Modellvorhaben eine Ausbildung an einer Hochschule möglich ist. Außerdem werden seit einiger Zeit Ausbildungen dualer Art (Kombination betrieblicher und hochschulischer Ausbildung) angeboten.

Die nicht akademisch ausgebildeten Heilberufe werden auch als Gesundheitsfachberufe bezeichnet (vgl. Zöller, 2014).

Eine andere Unterscheidung bei den Heilberufen betrifft die Einteilung der nicht akademisch ausgebildeten Berufe. Diese Unterscheidung knüpft an den Funktionen der Berufe in der beruflichen Tätigkeit an: Pflegeberufe/Hebammen/Entbindungspfleger; Therapieberufe; Assistenzberufe.

Es kann also festgehalten werden, dass nach wie vor keine einheitliche Bezeichnung für die nicht akademisch ausgebildeten Heilberufe existiert. Auch die teilweise verwendete Bezeichnung „andere als ärztliche Heilberufe“ ist nicht ganz korrekt, da auch die Apotheker, die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten keine Ärzte sind.

Unterscheidung nach Tätigkeits- und Funktionskriterien

Bei den an Tätigkeits- und Funktionskriterien anknüpfenden Unterscheidungen sind verschiedene Aspekte maßgeblich. So wird im Sinne einer Hierarchiebildung von Heilberufen und Heilhilfsberufen gesprochen, worunter vor allem das Verhältnis von Ärzten zu den anderen Heilberufen

verstanden wird. Auch das Bundesverfassungsgericht spricht im Altenpflegeurteil von 2002 von Heilhilfsberufen (BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01 = BVerfGE 106, 62, 109). Diese Unterscheidung bildet jedoch die Realität des heilberuflichen Geschehens in der gesundheitlichen Versorgung nicht mehr tauglich ab (vgl. auch WR, 2012, S. 12).

Eine an Funktionen und Tätigkeiten orientierte Einteilung der Gesundheitsberufe sollte am Kern der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung anknüpfen, nämlich an der Patientenversorgung. Hier werden Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung erbracht, sodass man von Gesundheitsdienstberufen sprechen kann. Diese Berufe sollen in diesem Beitrag im Vordergrund stehen. Nach der Definition des Statistischen Bundesamts zählen hierzu all diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilpraktiker (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 13). Zu den gesundheitsdienstleistenden Berufen gehören neben den Heilberufen auch andere Berufe, so etwa die Sozialarbeiter, die an vielen Stellen im Gesundheitswesen tätig werden (vgl. Kurlemann, 2011).

Gesundheitsdienstleistungen im weiten Sinne erstellen auch die in der Verwaltung und betrieblichen Organisation tätigen Berufe. Diese sollen hier nicht Gegenstand der Betrachtung sein.

Zahlreiche Gesundheitsberufe sind mit der Herstellung von Waren befasst, die gesundheitlichen Belangen dienen. Die Palette reicht hier von Arzneimitteln über Hilfs- und Verbandmittel bis hin zu Medizinprodukten. Auch diese Berufe werden im Folgenden nicht behandelt.

Einteilung der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes des Statistischen Bundesamts (www.gbe.de) wird für das Personal im Gesundheitswesen in der Gesundheitspersonalrechnung die folgende Einteilung zugrunde gelegt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 13):

- Berufe im Gesundheitswesen insgesamt
  - Gesundheitsdienstberufe
  - soziale Berufe
  - Gesundheitshandwerker
  - sonstige Gesundheitsberufe
  - andere Berufe im Gesundheitswesen

Die weitere Unterteilung ist jedoch nicht immer schlüssig. So zählen zu den *Gesundheitsdienstberufen*:

- Ärzte, Apotheker, psych. Psychotherapeuten, Zahnärzte
- übrige Gesundheitsberufe
  - (zahn-)medizinische Fachangestellte
  - Diätassistenten
  - Heilpraktiker
  - Gesundheits- und Krankenpflegehelfer
  - Gesundheits- und Krankenpfleger (und Hebammen)
  - Physiotherapeuten, Masseure, med. Bademeister
  - medizinisch-technische Assistenten
  - pharmazeutisch-technische Assistenten
  - anderweitig nicht genannte therapeutische Berufe

Eine etwas eigenartige Behandlung erfahren die *Altenpfleger*, die zu den sozialen Berufen im Gesundheitswesen gerechnet werden:

- Altenpflege
- Heilerziehungspfleger
- Heilpädagogen

In der weiteren Unterteilung erscheinen dann die Gesundheitshandwerker und die sonstigen Gesundheitsfachberufe sowie die anderen Berufe im Gesundheitswesen, worunter alle Berufe im Gesundheitssektor subsumiert werden, die nicht den Gesundheitsdienstberufen, sozialen Berufen, Gesundheitshandwerkern und sonstigen Gesundheitsfachberufen (z. B. Gesundheitsingenieure, Gesundheitstechniker, Pharmakanten) zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken, Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.

Gesundheitsnahe Berufe

Auch wenn der weit überwiegende Teil der Gesundheitsdienstleistungen von Angehörigen der Heilberufe erbracht wird, darf nicht übersehen werden, dass auch Angehörige von Berufen mit einer zunächst nicht besonders auf die gesundheitliche Versorgung gerichteten Ausbildung am Geschehen der gesundheitlichen Versorgung direkt dienstleistungserbringend mitwirken. Dies gilt vor allem für die *Gesundheitssozialarbeit* bzw. die *Sozialarbeit im Gesundheitswesen*, die mittlerweile ein breites Spektrum gesundheitsbezogener Interventionen vor allem auf dem Gebiet

der Prävention, der Rehabilitation und der Pflege erfasst (vgl. Kurlemann, 2011). Ähnliches ist für *Interventionen gesundheitsfördernder und präventiver Art im schulischen Bereich* zu verzeichnen (vgl. Zurhorst, 2008). Gesundheitsnah werden auch Angehörige von Studiengängen tätig, die eine Nähe zu gesetzlich regulierten Heilberufen aufweisen. Dies gilt etwa für die Absolventen oecotrophologischer Studiengänge im Verhältnis zu den Diätassistenten oder für die Absolventen bestimmter sprachtherapeutischer Studiengänge im Verhältnis zu den Logopäden.

4.2 Rechtliche Regelungen zu den Gesundheitsberufen

Normenhierarchisch betrachtet ist das Recht der Gesundheitsberufe in der Hauptsache auf fünf Ebenen geregelt: Unionsrecht (früher: Gemeinschaftsrecht), Verfassungsrecht, Bundesrecht, Landesrecht, untergesetzliches Recht.

Wegen der unionsrechtlich zu gewährleistenden Personenfreizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit spielt die *unionsrechtliche Regulierungsebene* für die Heilberufe eine wichtige Rolle. Dies wurde zuletzt mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 02.12.2007 (BGBl. I S. 2686) deutlich.

Im *Verfassungsrecht* sind vor allem das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) sowie die Gesetzgebungskompetenzvorschrift für die Zulassung zu den Heilberufen in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG einschlägig.

Aufgrund der konkurrierenden Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung zur Berufszulassung der Heilberufe, die auch die Mindestanforderungen der Berufsausbildung umfasst, werden zentrale Bereiche des Berufsrechts durch *Bundesgesetze* geregelt. Von der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die *Sozialversicherung* (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) ist auch das Leistungserbringungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung erfasst.[1]

Den Ländern verbleibt die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Berufsausübung der Heilberufe. Die Länder haben hier Regelungen für die Heilberufe und insbesondere für die Ärzte getroffen. Für die Ärzte sind auf Grundlage dieser Gesetze Kammern errichtet worden. Die *Ärztekammern* sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts, die für die Ärzte Berufsordnungen im Rahmen ihres *Satzungsrechts* erlassen können.

Die *Bundesärztekammer* ist jedoch keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern eine Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. Der Bund hat keine Gesetzgebungskompe-

1 Vgl. Kapitel 4.2.5.

tenz für die Schaffung einer solchen Kammer auf Bundesebene. Um bei den Berufsordnungen für Ärzte Einheitlichkeit zu erzielen, hat die Bundesärztekammer eine Muster-Berufsordnung für Ärzte[2] vorgelegt. Diese *Muster-Berufsordnung* bildet die Grundlage für die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Unabhängig davon können die Länder aber auch selbst Berufsordnungen als Gesetze oder Verordnungen erlassen. Davon ist z. T. für die Pflegeberufe und für andere Heilberufe Gebrauch gemacht worden, da diese Berufe (noch) nicht über Kammern verfügen (vgl. Hanika, 1999).[3]

Die Länder sind auch für die Weiterbildung der Heilberufe zuständig. Bei den Ärzten wird hier die *Muster-Weiterbildungsordnung* der Bundesärztekammer[4] zugrunde gelegt. Für die Zulassung als Vertragsarzt wird auf diese Weiterbildung Bezug genommen (§ 95 a Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Zum *untergesetzlichen Recht* zählen insbesondere die die berufliche Tätigkeit betreffenden Vorschriften auf dem Gebiet des Leistungserbringungsrechts des SGB V und des SGB XI. Dazu gehören vor allem die *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses* (§ 92 Abs. 1 S. 2 SGB V), die verschiedenen Normverträge im SGB V oder auch sonstige Vereinbarungen der an der Selbstverwaltung Beteiligten, z. B. die Transparenzvereinbarungen für Pflegenoten (§ 115 Abs. 1a S. 6 SGB XI).

4.2.1 Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Beruferecht

Das Recht der Gesundheitsberufe folgt keinem einheitlichen, an bestimmten systematischen Erfordernissen ausgerichteten Plan oder Muster. Es ist nicht zusammenhängend in einem Gesetzbuch kodifiziert, sondern besteht aus vielen Einzelgesetzen. Es lassen sich z. T. aber durchaus konsistente Strukturmerkmale dieses Rechtsgebiets feststellen. Im Folgenden sollen diese Strukturmerkmale zum besseren Verständnis des komplizierten und unübersichtlichen Gebiets kenntlich gemacht werden.

Im Recht der Gesundheitsberufe kann zwischen direktem und indirektem Beruferecht unterschieden werden. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Gesundheitsberufen befassen, zu ordnen. Da sich die Unterscheidung mit der

---

2 Bundesärztekammer, (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel Bundesärztekammer, 2006.

3 Zurzeit wird in Rheinland-Pfalz eine Pflegekammer gegründet, http://www.pflegekammer-gruendungskonferenz-rlp.de/start.html (24.07.2014). In Schleswig-Holstein hat das Kabinett am 02.09.2014 den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege zustimmend zur Kenntnis genommen, http://www.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/pflegekammer_node.html (13.10.2014).

4 Bundesärztekammer, (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06.2013.

entsprechenden Terminologie noch nicht eingebürgert hat, ist darauf hinzuweisen, dass in der Fachliteratur beim direkten Berufsrecht häufig nur vom Berufsrecht, beim indirekten Berufsrecht hingegen von den betreffenden Rechtsbereichen (vor allem vom Sozialleistungserbringungsrecht) gesprochen wird.

Erst in der Zusammenschau der Vorschriften des direkten und des indirekten Berufsrechts ergibt sich ein vollständiges Bild der rechtlichen Ordnung, die das Handeln der Gesundheitsberufe bestimmt. In der Praxis sind dabei die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des Sozialleistungsrechts für das Handeln der Gesundheitsberufe in der Regel bedeutsamer als die Vorschriften des direkten Berufsrechts (vgl. Igl/Welti, 2014, S. 46 ff.).

Direktes Berufsrecht

Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung, die Berufsausübung und deren Beendigung, sodann die Verfassung der Berufe z. B. in Kammern, die Berufsordnung, schließlich die Vergütung der Leistungen außerhalb des sozialrechtlichen Leistungserbringungssystems, so durch Gebührenordnungen.

Indirektes Berufsrecht – allgemein

Mit dem indirekten Berufsrecht ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an die Berufe anknüpft, aber keine direkten Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Indirektes Berufsrecht findet sich bei Heilberufen vor allem im Sozialleistungsrecht (Leistungserbringungsrecht) und dort besonders in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Hier werden vor allem im Rahmen des Leistungserbringungsrechts[5] Regelungen für die berufliche Tätigkeit der Heilberufe getroffen. Neben den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts sind die leistungsrechtlichen Vorschriften zu nennen, nach denen sich bestimmt, welche Leistungen ein Leistungserbringer für Versicherte zulasten der Kranken- oder Pflegekasse erbringen darf.

Das zivile Haftungsrecht und das Strafrecht beeinflussen die Berufsausübung ebenfalls indirekt. Hier handelt es sich um Rechtsvorschriften, die alle Bürger, nicht nur die Heilberufe betreffen, die aber durch die Rechtsprechung gerade in Bezug auf Ärzte eine besondere Ausprägung gefunden haben. So hat sich ein haftungsrechtliches Sondergebiet entwickelt, das als Arzthaftungsrecht bezeichnet wird (vgl. Nebendahl, 2014). Seit Anfang 2013 existiert mit dem neu ins

5 Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69–140 h SGB V; Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, §§ 69–81 SGB XI.

Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten Behandlungsvertrag eine spezielle Regelung für die vertragliche Gestaltung bei medizinischer Behandlung (§§ 630 a ff. BGB).

Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht

Der Zugang zum Leistungserbringungsrecht im SGB V und im SGB XI erschließt sich am besten mit einer Unterscheidung gemäß den Funktionen des Leistungserbringungsrechts: Zulassung zur Leistungserbringung; Art des Zugangs zur Leistungserbringung; Leistungsgestaltung (Leistungseinschluss/Leistungsausschluss, Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs); Qualitätssicherung; Vergütung; Beendigung des Zugangs zur Leistungserbringung; Nutzerstellung bei der Leistungserbringung.

Für die Gesundheitsberufe sind besonders die Fragen der Zulassung und der Art und Weise des Zugangs zur Leistungserbringung entscheidend.

4.2.2 Europäisches Recht (Unionsrecht – Europarat – Bologna-Prozess)

Auf der Ebene der *Europäischen Union* gilt der allgemeine Grundsatz der begrenzten Einzelermächtigung (Art. 5 Vertrag über die Europäische Union (EUV); Art. 7 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) (vgl. Igl/Welti, 2014, S. 18 ff.). Eine solche Einzelermächtigung liegt für die Gesundheitsberufe nicht vor. Im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) finden sich im Abschnitt über das Gesundheitswesen (Art. 168 AEUV) keine Kompetenzen, die die Gesundheitsberufe direkt betreffen. Im Unionsrecht sind jedoch seit längerer Zeit Regelungen zu den Berufen in allgemeiner Weise auf der Grundlage der Zuständigkeiten für die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV) getroffen worden. Hier ist für die Heilberufe die Berufsanerkennungsrichtlinie[6] von Interesse. Auf der Ebene des *Europarats* existiert ein Europäisches Übereinkommen zur Krankenpflegeausbildung.[7]

Für die Hochschulausbildung sind im Rahmen des *Bologna-Prozesses* Rahmenbedingungen auf europäischer Ebene[8] gesetzt worden, die dann – vermittelt über die Kultusministerkonferenz und über die Hochschulrektorenkonferenz – in die Hochschulländergesetzgebung eingeflossen sind. Diese Rahmenbedingungen beeinflussen die Gesundheitsberufe zurzeit nur insofern, als

6 Vgl. Kapitel 4.2.7.
7 Vom 25. Oktober 1967, BGBl. 1972, S. 630. Abgedruckt bei Igl 2011, Band I, Nr. 40.4.
8 Der Bologna-Prozess wurde am 25.05.1998 in Paris durch die Gemeinsame Erklärung zur Harmonisierung der Architektur der europäischen Hochschulbildung eingeleitet. Auf dieser Erklärung baut die Bologna-Erklärung „Der Europäische Hochschulraum. Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister, 19. Juni 1999, Bologna" auf. Sie stellt eine freiwillige Selbstverpflichtung dar. Vgl. hierzu Garben et al., 2011.

Bachelor-/Masterabschlüsse außerhalb der Heilkunde angeboten werden. Auch in den Modellvorhaben zur Erprobung hochschulischer Ausbildungsgänge für bestimmte Heilberufe[9] spielen diese Rahmenvorgaben eine Rolle.

4.2.3 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

Wer heilend beruflich tätig ist, unterliegt besonderer rechtlicher Regulierung. Deren Zweck ist es, die Patienten zu schützen. Dieser Schutzauftrag wird aus der objektiv-rechtlichen Verpflichtung des Staates entnommen, Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Im Hinblick auf die Ausübung von Heilkunde wird dieser Schutzauftrag insbesondere dadurch wahrgenommen, dass für die Heilberufe besondere gesetzliche Anforderungen an die Berufsausbildung und die Berufszulassung erhoben werden. Dies ist mit den auf der Grundlage einer konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlassenen Heilberufegesetzen geschehen, z. B. für Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Hebammen, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

4.2.4 Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens

Im Recht der Gesundheitsberufe spielt das Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens insofern eine besondere Rolle, als der Bund auf dem Gebiet der Zulassung zu den Heilberufen eine das Berufsrecht direkt betreffende und auch die Mindestanforderungen an die Ausbildung betreffende Gesetzgebungskompetenz hat. Dies bedeutet, dass ansonsten die Länder für die Regulierung der Berufsausbildung zuständig sind.

Da mittlerweile durch Bachelor- und Masterausbildung auch Hochschulabschlüsse vorhanden sind, die die Berufe des Gesundheitswesens betreffen, ist das einschlägige Hochschulrecht der Länder ebenfalls für die Gesundheitsberufe maßgeblich. Die Bundesländer können also jenseits des Heilberuferechts gesundheitsberufsbezogene Ausbildungsgänge an den Hochschulen oder an anderen Ausbildungseinrichtungen schaffen. Eine Koordinierung der Gestaltung der Ausbildungsgänge unter den Hochschulen oder zwischen den Ländern findet in rechtlich bindender Form nicht statt.

9 Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten v. 25.09.2009, BGBl I S. 3158. Vgl. auch für die Altenpflege § 4 Abs. 6 AltPflG und für die Krankenpflege § 4 Abs. 6 KrPflG.

Hochschulausbildungsrelevante Empfehlungen werden vom Wissenschaftsrat ausgesprochen. Diese haben keine rechtlichen Wirkungen. Allerdings hat der Wissenschaftsrat mit seinen Empfehlungen erhebliche faktische Gestaltungswirkung. Aus jüngerer Zeit sind hier besonders die Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation im Gesundheitswesen (vgl. Wissenschaftsrat, 2012) und die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge (vgl. WR, 2014) zu nennen.

Für die Pflege hat der 1993 gegründete Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe auf dem Gebiet der Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechende Aktivitäten entfaltet (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2010). In der Pflege ist insgesamt eine sehr fortgeschrittene Diskussion zur Bildung zu verzeichnen (vgl. Bettig et al., 2012; Stöcker, 2002), wobei die Robert Bosch Stiftung die Diskussion besonders befördert hat (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1992).

4.2.5 Verhältnis zum Gesundheitssozialrecht, insbesondere zum SGB V und zum SGB XI

Das Sozialrecht enthält zahlreiche gesundheitsbezogene Leistungen, die sich nicht nur auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) finden, sondern auch in der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), in der Sozialhilfe (SGB XII), im Sozialen Entschädigungsrecht (BVG) sowie im Rehabilitationsrecht (SGB IX). Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner Gestaltung in erster Linie geprägt von der Gesetzlichen Krankenversicherung und – speziell im Pflegewesen – seit 1995 von der Sozialen Pflegeversicherung. Diese Sozialversicherungsgesetze definieren nicht nur die den Versicherten jeweils zustehenden Leistungen und bestimmen mit dem Ein- und Ausschluss von Leistungen ganz wesentlich die Leistungsangebote der Gesundheitsdienstleister. Sie bestimmen in gleichem Maße auch die Gestaltung der Infrastruktur der Leistungserbringung, den Zugang zur Leistungserbringung und die Inhalte des jeweiligen beruflichen Tätigwerdens.

Das Gesundheitssozialrecht besteht damit nicht nur aus dem Sozialleistungsrecht im Sinne von Anspruchsverbürgungen für die Versicherten, sondern auch aus Vorschriften gesundheitswirtschafts- und gesundheitsberuferechtlicher Art.

Das Gesundheitssozialrecht steht in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Der Bund hat damit selbst dort Einfluss auf die Tätigkeit der Gesundheitsberufe, wo ihm eine heilberuferechtliche Regulierungskompetenz nicht

zusteht. So wird z. B. das Vertragsarztwesen im SGB V und in der auf dieser Grundlage erlassenen Ärzte-ZV geregelt (§§ 95 ff. SGB V). Als Heilmittelerbringer werden Personen zugelassen, die die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung haben (§ 124 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V). Im SGB XI ist bestimmt, dass in der Pflegeberatung Sozialarbeiter mit entsprechender Zusatzqualifikation einzusetzen sind (§ 7a Abs. 3 S. 2 SGB XI).

Diese durchaus erhebliche Beeinflussung der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen durch das Gesundheitssozialrecht hat zur Folge, dass das Gesundheitsberuferecht ohne Berücksichtigung des Gesundheitssozialrechts nicht gestaltet werden kann.

4.2.6 Heilberufe und Ausübung der Heilkunde

Berufsmäßig darf Heilkunde nur vom Arzt und vom Heilpraktiker ausgeübt werden. Der Arzt bedarf hierfür der Approbation (§ 2 Abs. 1 BÄO)[10], der Heilpraktiker einer Zulassung (§ 1 Abs. 1 HeilprG)[11]. Der Heilkundebegriff ist in § 1 Abs. 2 HeilprG festgelegt:

> „Die Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird."

Heilkunde wird in bestimmten Bereichen und mit bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten auch von den anderen als ärztlichen Heilberufen ausgeübt. Diese Heilberufe genießen nach den jeweiligen Heilberufsgesetzen (nur) einen Berufsbezeichnungsschutz. Sie bedürfen aber für die Ausübung der Bereiche der Heilkunde, für die sie gemäß dem jeweiligen Heilberufsgesetz ausgebildet worden sind, keiner speziellen Zulassung. Funktional kann der Berufsbezeichnungsschutz, den die anderen als ärztlichen Heilberufe genießen, einer Zulassung zu diesem Beruf gleichgestellt werden, genauso wie die Approbation und die Heilpraktikererlaubnis eine Berufszulassung ausmachen.

Für die Bestimmung dessen, was unter Heilkunde und was unter Heilberufen zu verstehen ist, bestehen im Grunde nur zwei gesetzliche Grundlagen: der Heilkundebegriff in § 1 Abs. 2 HeilprG und der Begriff des Heilberufs in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Der Heilkundebegriff des HeilprG stammt aus dem Jahr 1939, dem Jahr, in dem das Heilpraktikergesetz verabschiedet

10 § 2 Abs. 1 Bundesärzteordnung (BÄO): „Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt."

11 § 1 Abs. 1 HeilprG: „Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis."

worden ist.[12] Dieser Heilkundebegriff ist mittlerweile durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und des Bundesverfassungsgerichts präzisiert und erweitert worden. Das Altenpflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2002 (BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, 2 BvF 1/01 = BVerfGE 106, 62, 106) hat eine bis heute gültige Bestandsaufnahme und Klärung zum Begriffsverständnis der Heilkunde und des Heilberufs gebracht. Das Bundesverfassungsgericht stellt im Altenpflegeurteil eine Verknüpfung des Heilkundebegriffs mit der Definition des Heilberufs her, wonach dieses Gesetz für die Auslegung der Begrifflichkeiten in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG herangezogen werden kann (BVerfGE 106, 62, 107). Im Einzelnen führt das Bundesverfassungsgericht zur Bestimmung des Heilkundebegriffs Folgendes unter Berufung auf Rechtsprechung und Literatur aus (BVerfGE 106, 62, 106):

> „Die Ausübung von ‚Heilkunde' dient danach nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern auch der Linderung körperlicher Defekte, mithin schon einer Situationsverbesserung. Die Tätigkeiten in der ‚Heilkunde' erstrecken sich auch auf Leiden und Körperschäden, also auf Störungen der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die nicht geheilt werden können. Unter ‚Leiden' werden ‚langanhaltende, häufig kaum oder gar nicht mehr therapeutisch beeinflussbare Funktionsstörungen' verstanden, unter ‚Körperschäden' die ‚grundsätzlich irreparablen, nicht krankhaften Veränderungen des Zustandes oder der Funktion des Körpers, einzelner Organe oder Organteile, wie z. B. Sterilität, Taubheit oder Blindheit'."

Das Bundesverfassungsgericht kommt in Hinblick auf die Auslegung des in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verwendeten Begriffs der Heilberufe und damit gleichzeitig zur Auslegung des Begriffs der Heilkunde zu folgendem Ergebnis (BVerfGE 106, 62, 108):[13]

> „‚Heilberufe' werden sowohl umgangssprachlich als auch fachsprachlich nicht reduziert auf die ‚Heilung' von ‚Krankheiten', sondern erfassen zudem die helfende Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen, seien diese restitutionsfähig oder nicht, sei also die Behandlung oder Betreuung nur pflegender, lindernder Natur."

Speziell für die Altenpflege stellt das Bundesverfassungsgericht fest (BVerfGE 106, 62, 110):[14]

> „Die Altenpflegeberufe können sowohl nach den gesetzlichen Vorgaben als auch nach den Erfahrungen der Praxis den so skizzierten Heilhilfsberufen zugeordnet werden, da sie einen Schwerpunkt im medizinisch-pflegerischen Bereich haben, der den sozial-pflegerischen Anteil aus Gründen des Sachzusam-

12 Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) stammt vom 17.02.1939, RGBl. I S. 251.
13 Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben.
14 Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben.

menhangs kompetentiell mit sich zieht; für die Altenpflegehelfer ist ein solcher Schwerpunkt hingegen nicht erkennbar, sodass für sie schon aus diesem Grund eine kompetentielle Einordnung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ausscheidet."

4.2.7 Unionsrecht: Richtlinie 2005/36/EG und Änderungen durch die Richtlinie 2013/55/EU

Die Richtlinie 2005/36/EG[15] über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (künftig: BAKRL), zuletzt geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU[16] (vgl. Igl/Ludwig, 2014), gilt, wie schon die Bezeichnung besagt, nur für die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Dabei geht es nicht nur um administrative Voraussetzungen, sondern auch um die Inhalte der Berufsausbildung. Die kompetenzrechtlichen Grundlagen in Hinblick auf die Voraussetzungen wie die Inhalte der Ausbildung sind auf die Grundfreiheiten des Binnenmarkts zurückzuführen, wobei hier die Personenfreizügigkeit und die Dienstleistungsfreiheit einschlägig sind.

Die BAKRL gilt für eine Vielzahl von Berufen in der Europäischen Union. Damit wird das Ziel verfolgt, den Arbeitsmarkt zu flexibilisieren, die automatische Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen zu ermöglichen und das Verwaltungsverfahren zu erleichtern sowie den Dienstleistungsmarkt weiter zu liberalisieren (vgl. Becker-Dittrich, 2011).

Besondere Bedeutung der Berufsanerkennungsrichtlinie für Heilberufe

Die BAKRL hat eine besondere Bedeutung für die Heilberufe. Dies beruht auf der Entstehungsgeschichte der BAKRL. Die BAKRL löste mehrere zuvor bestehende Richtlinien zu reglementierten Berufen ab. Die vorhergehenden Richtlinien waren vorwiegend sektoraler Natur, d. h. sie regelten Ausbildungs- und Ausübungskriterien spezifisch für den Bereich einzelner Berufsgruppen. Dieser sektorale Ansatz wurde mit der Verabschiedung der BAKRL teilweise zugunsten eines horizontalen Ansatzes verlassen. Mit dem horizontalen Ansatz wird eine Anerkennung auf der Grundlage von bestimmten allgemeinen Qualifikationsniveaus verfolgt. Für einige wichtige

---

15 ABl. EG L 255 v. 30. 9. 2005, S. 22. Nichtamtliche konsolidierte Fassung der Richtlinie 2005/36/EG unter http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_de.htm (24.07.2014).

16 Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates v. 20.11.2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung"), ABl. EU L 354 v. 28.12.2013, S. 132. Eine nichtamtliche konsolidierte Fassung der geänderten Richtlinie 2005/36/EG findet sich bei Igl, 2011 ff., Band I, Nr. 180.0.

Heilberufe blieb der sektorale Ansatz jedoch erhalten. Dieser führt zu einer automatischen Anerkennung von beruflichen Qualifikationen.

Zu den Berufen, bei denen die automatische Anerkennung (Art. 21 Abs. 1 BAKRL) gilt, gehören die ärztlichen Heilberufe sowie die Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege (nicht die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und die Altenpfleger), Hebammen und Apotheker, sofern die Berufsangehörigen den im Anhang V der Richtlinie aufgeführten Befähigungsnachweis besitzen. Damit ist die Aufnahme der Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat der Union ohne weitere Prüfung der Qualifikation möglich.

Von der allgemeinen Regelung (Art. 13 BAKRL) werden solche Gesundheitsberufe erfasst, die noch kein Mindestmaß an unionsweiter Harmonisierung der Ausbildungsinhalte erfahren haben, sodass eine automatische Anerkennung aus Gründen der Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit nicht geboten ist.[17] Hiernach wird die Anerkennung durch den Aufnahmestaat unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. Zum besseren Vergleich der Berufsqualifikationen sind fünf Qualifikationsniveaus vorgesehen, nach denen sich die Anerkennung richten soll (Art. 11 und 13 BAKRL). Die Qualifikationsniveaus reichen vom einfachen Befähigungsnachweis eines Mitgliedstaates bis hin zum postsekundären Diplom mit mehrjähriger Ausbildung. Sofern es sich um Befähigungsnachweise aus Drittstaaten handelt, liegt die Entscheidung über die Anerkennung im Ermessen der Mitgliedstaaten (Art. 2 Abs. 2 BAKRL).

Die in Rede stehenden Qualifikationsniveaus der nicht sektoral geregelten Gesundheitsberufe betreffen auch die sogenannte besonders strukturierte Ausbildung auf Sekundärniveau (vgl. Art. 11 Buchst. c Ziff. ii BAKRL). Zu den Berufen mit einer solchen Ausbildung gehören in Deutschland gemäß Anhang II Nr. 1 der BAKRL insbesondere die Berufe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Logopäden.[18] Diese Berufe werden, obwohl auf Sekundärniveau eingeordnet, dem postsekundären Niveau gemäß Art. 11 Buchst. c Ziff. i BAKRL gleichgesetzt.

Dies hat sich jedoch mit der Richtlinie 2013/55/EU geändert. Unter die allgemeine (Anerkennungs-)Regelung fallende, besonders strukturierte Ausbildungsberufe, u. a. die Kinderkranken- und Altenpflege, sind bezüglich des Berufszugangs weiterhin als gleichwertig gegenüber

17 Dies sind bei den Heilberufen bisher die Berufe der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die Altenpfleger, die Diätassistenten, psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Masseure, medizinische Bademeister, Orthoptisten, Kinesitherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Podologen, Rettungsassistenten, pharmazeutisch-technische und technische Assistenten in der Medizin.

18 Ebenso Physio- und Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Angehörige der medizinisch-technischen Berufe, Orthoptisten, Diätassistenten und weitere Berufe.

der hochschulischen Ausbildung anzusehen. Begründet wird die Gleichwertigkeit der besonders strukturierten Ausbildungsberufe mit den Kompetenzen, die über das hinausgehen, was durch das sonst übliche Qualifikationsniveau vermittelt wird (Art. 11 Abs. 1 Buchst. c Ziff. ii BAKRL in der durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderten Version). Der Anhang II der BAKRL, in dem bisher diese besonders strukturierten Ausbildungen aufgeführt waren, ist in der geänderten Richtlinie gestrichen worden (Art. 1 Nr. 52 Richtlinie 2013/55/EU). Es obliegt jetzt den Mitgliedstaaten, der Kommission eine Liste ihrer besonders strukturierten Ausbildungen bis zum 18.01.2016 zu übermitteln (Art. 59 Abs. 1 BAKRL geänd.). Jegliche Änderungen müssen der Kommission unverzüglich mitgeteilt werden. Dies ermöglicht eine leichtere Aktualisierung von Änderungen. Die Kommission richtet eine öffentlich verfügbare Datenbank der reglementierten Berufe, einschließlich einer allgemeinen Beschreibung der Tätigkeiten, die durch die einzelnen Berufe abgedeckt werden, ein (Art. 59 Abs. 1 BAKRL geänd.).

Für den Beruf der *allgemeinen Krankenpflege* sind nunmehr explizit zwei Ausbildungszugänge möglich: Eine Ausbildung nach zwölfjähriger allgemeiner Schulausbildung mit Erwerb der Hochschulreife auf tertiärer Ebene, also eine hochschulische Qualifikation, und eine Ausbildung nach zehnjähriger allgemeiner Schulausbildung, also eine Qualifikation zum Besuch von Berufsschulen für Krankenpflege (Art. 31 Abs. 1 BAKRL geänd.).

Der *Zugang zur Hebammen-Ausbildung* hat eine entscheidende Änderung erfahren. Um dem qualitativen Anspruch und der Komplexität des Berufs gerecht zu werden, ist ein Direkteinstieg in die Ausbildung nur noch nach zwölfjähriger Schulausbildung möglich (Art. 40 Abs. 2 Buchst. a BAKRL geänd.). Diese Bestimmung ist spätestens bis zum 18.01.2020 umzusetzen (Art. 3 Abs. 2 RL 2013/55/EU). Die Möglichkeit der Ausbildung nach Absolvierung der Ausbildung zur allgemeinen Krankenpflege bleibt allerdings bestehen (Art. 40 Abs. 2 Buchst. b BAKRL geänd.). Damit einhergehend wurden auch die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten neu gefasst und präzisiert (vgl. Art. 40 Abs. 3 BAKRL geänd.).

Die Richtlinie ist binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten, d. h. bis zum 18.01.2016, umzusetzen (Art. 3 Abs. 1 Richtlinie 2013/55/EU). Sie ist, was die Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG anbelangt, damit noch nicht geltendes Recht, sondern muss durch den Gesetz- und Verordnungsgeber umgesetzt werden. Für die weitere Gestaltung des Heilberuferechts sind diese Vorgaben jedoch schon jetzt mit in den Blick zu nehmen.

4.3 Aktuelle berufsrechtliche Entwicklungen

Im Folgenden werden nur die rechtlichen Entwicklungen bei den anderen als ärztlichen Heilberufen in den Blick genommen.[19] Dabei ragen zwei Themen besonders heraus: das der hochschulischen Qualifikation bei bestimmten Heilberufen und das Thema des Zugangs zur Leistungserbringung und der Kooperation insbesondere zwischen ärztlichen und anderen Heilberufen.

Beide sind in der Diskussion mit Schlagwörtern versehen worden, so das erste Thema mit „Akademisierung“ und das zweite Thema mit „Delegation versus Substitution ärztlicher Tätigkeiten“. Die Schlagwörter werden in der berufspolitischen Auseinandersetzung verwendet, tragen jedoch eher zu einer Polemisierung als zu einer differenzierten sachlichen Debatte bei.

Das Schlagwort „Akademisierung“ ist insofern irreführend, als damit hochschulrechtlich genau genommen die Universitätsausbildung, nicht die Fachhochschulausbildung gemeint ist (vgl. Kluth, 2010). Die Hochschulgesetze der Länder unterscheiden diese beiden Arten von Hochschulen. In der heilberuferechtlichen Debatte geht es jedoch um beide Arten von Ausbildungen, wobei der Schwerpunkt bei der fachhochschulischen Ausbildung liegt.

Hinter den Schlagwörtern „Delegation versus Substitution“, z. T. auch verwendet als „Delegation versus Substitution versus Allokation“, verbirgt sich eine besondere Art des kooperativen und koordinierten Leistungserbringungsgeschehens im Verhältnis zwischen Arzt und Angehörigen anderer Gesundheitsdienstberufe. Hier geht es auch um die Frage der selbstständigen Ausübung von Heilkunde, wie sie im Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vorgesehen ist. Mit der Verwendung dieser Schlagwörter wird aber der Blick auf differenzierte und realitätsnahe rechtliche Lösungen der komplizierten Kooperationsproblematiken verstellt (vgl. die Beiträge in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., 2010; umfassend: Bohne, 2012).

4.3.1 Ausbildungsrecht: Hochschulische Qualifikationen

Zu Beginn soll es hier um Modellvorhaben zur hochschulischen Ausbildung gehen: Die *ersten Regelungen zu ausbildungsbezogenen Modellversuchen* stammen aus dem Jahr 2000. Hierfür wurden in das Alten- und Krankenpflegegesetz entsprechende Klauseln aufgenommen (§ 4 Abs. 6 AltPflG; § 4 Abs. 6 KrPflG).[20] Diese Modellversuche waren aber nicht nur auf eine hochschulische Ausbildung ausgerichtet (vgl. Dielmann, 2013, S. 116).

---

19 Vgl. zur medizinischen Ausbildung die Empfehlungen des Wissenschaftsrats (WR, 2014).
20 Gesetz vom 17.11.2000, BGBl. I S. 1513.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz[21] wurde die *Modellvorhabensklausel in § 63 Abs. 3c SGB V* eingeführt, wonach Modellvorhaben eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um *selbstständige Ausübung von Heilkunde* handelt, an Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe vorsehen können. Dies ist eine Regelung des Sozialleistungserbringungsrechts (indirektes Berufsrecht). Die entsprechenden ausbildungsrechtlichen Vorschriften (direktes Berufsrecht) finden sich in § 4 Abs. 7 AltPflG und § 4 Abs. 7 KrPflG. Die für die Durchführung der Modellvorhaben erforderliche Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt vor.[22] Entsprechend ist auch die Berufsausübung der Personen geregelt, die zur Ausübung von Heilkunde auf diesen Gebieten berechtigt sind (§ 1 S. 2 AltPflG; § 1 Abs. 1 S. 2 KrPflG).

Auch wenn die Modellvorhabensklausel nach § 63 Abs. 3c SGB V in ihrer Funktion bei der Bestimmung des Verhältnisses von Ärzten und Pflegeberufen mit Blick auf die selbstständige Ausübung von Heilkunde nicht zu unterschätzen ist, so kommt doch einer weiteren, *beruferechtlich verankerten Modellvorhabensklausel* größere Bedeutung zu. Mit diesen Modellvorhaben soll die *hochschulische Ausbildung* ermöglicht werden. Ausdrücklich erwähnt ist dies für die Therapieberufe (Ergo- und Physiotherapie, Logopädie) und die Hebammen sowie jetzt für die Notfallsanitäter (§ 4 Abs. 5 ErgTHG; § 6 Abs. 3 HebG; § 9 Abs. 2 MPhG; § 4 Abs. 5 LogopG, § 7 NotSanG), während für die Alten- und Krankenpflege die entsprechenden Vorschriften nicht die hochschulische Ausbildung erwähnen (vgl. § 4 Abs. 6 AltPflG, § 4 Abs. 6 KrPflG). Für diese Berufe sind demnach rein hochschulisch organisierte Modellversuche ausgeschlossen (vgl. Dielmann, 2013, S. 117). Modellvorhaben nach diesen Vorschriften werden in den Bundesländern in unterschiedlicher Art und Weise durchgeführt.[23] Diese Modellvorhaben sind von den Ländern wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.[24] Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag bis zum 31.12.2015 Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben.

21 Vom 28.05.2008, BGBl. I S. 874.

22 Vgl. Kapitel 4.3.2.

23 Vgl. hierzu die entsprechenden Regelungen in Nordrhein-Westfalen (Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010, GV. NRW 2010, S. 177) und in Berlin (Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung von Gesundheitsfachberufen/Modellvorhabenverordnung vom 22. Februar 2012, GVBl. S. 62).

24 Vgl. zu den Kriterien der Evaluation Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 6 S. 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Abs. 4 S. 3 des Hebammengesetzes, § 4 Abs. 6 S. 3 des Logopädengesetzes und § 9 Abs. 3 S. 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009, BAnz v. 27.11.2009, Nr. 180, S. 4052.

Wissenschaftsrat zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen

Der Wissenschaftsrat hat sich 2012 zur Frage der hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen geäußert (WR, 2012). Er hält es für geboten, vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Komplexitätszunahme, einer sich verändernden Arbeitsteilung und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden (WR, 2012, S. 81). Der Wissenschaftsrat gibt auch ausbildungsrechtliche Hinweise, wenn er mit Blick auf die pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengänge zu bedenken gibt, dass die derzeitige Bindung der praktischen Ausbildung in den primärqualifizierenden Studiengängen an die berufsgesetzlichen Anforderungen, die gleichzeitig für die Ausbildung an berufsbildenden Schulen gelten, hinderlich für den Aufbau wissenschaftlicher Studiengänge ist. Er empfiehlt daher, die primärqualifizierenden Studiengänge im Bereich der Pflege- und Therapieberufe und der Geburtshilfe stärker an den zu vermittelnden Kompetenzen zu orientieren und vor diesem Hintergrund erweiterte Möglichkeiten zur Abweichung von den Anforderungen an die Ausbildung an berufsbildenden Schulen zu schaffen (vgl. WR, 2012, S. 82).

Eine hochschulische Ausbildung für die anderen Gesundheitsfachberufe hält der Wissenschaftsrat nicht für erforderlich (vgl. WR, 2012, S. 84). Er hält es für sinnvoll, zwischen 10 und 20 % eines Jahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen und im Hebammenwesen auf hochschulischem Niveau auszubilden (WR, 2012, S. 85). Dabei versteht der Wissenschaftsrat das hochschulische Niveau nicht ausschließlich als fachhochschulisches, sondern auch als universitäres Niveau (vgl. WR, 2012, S. 83).

4.3.2 Berufsausübungsrecht: Zugang zur Leistungserbringung und Kooperation der Gesundheitsberufe

Die Themenkreise Zugang zur Leistungserbringung und Kooperation der an der direkten Patientenversorgung beteiligten Berufe hängen miteinander zusammen. Hier stellen sich folgende Fragen (vgl. Igl, 2013, S. 339):

- Wer darf bei der direkten Leistungserbringung ohne Einschaltung dritter Leistungserbringer tätig werden? Dies ist die Frage nach dem eigenständigen Leistungszugang.

- Wer kann, darf oder muss bei der direkten Leistungserbringung welche Verantwortung bei der Steuerung des Leistungsgeschehens übernehmen? Dies ist die Frage nach der Steuerungsverantwortung bei der Leistungserbringung. Die Zuordnung der Steuerungsverantwortung bei der Leistungserbringung wirkt sich direkt und indirekt in arbeitsteiligen Leistungserbringungsprozessen, also in der Kooperation und Koordinierung des Leistungserbringungsgeschehens, aus.

Diese Fragen sind im Zusammenhang mit drei weiteren Themen zu sehen. Der direkte Leistungszugang und die Zuordnung der Steuerungsverantwortung wirken sich aus auf

- den Zugang zur Vergütung und die Gestaltung der Vergütung;
- die Zuordnung der Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in den Gesundheitssozialleistungssystemen, insbesondere im Krankenversicherungssystem;
- das berufliche Selbstverständnis der beteiligten Berufsgruppen und möglicherweise auch auf die Wertschätzung dieser Berufsgruppen bei Patienten und in der Öffentlichkeit.

Fragen des Zugangs zur Leistungserbringung, der selbstständigen Ausübung von Heilkunde und der Kooperation im Leistungsgeschehen bilden sich zurzeit rechtlich in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V und in der Delegationsvereinbarung nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V ab, die im Folgenden unter diesen Gesichtspunkten analysiert werden.

Modellvorhaben § 63 Abs. 3c SGB V

Die Richtlinien nach § 63 Abs. 3c S. 3 SGB V legen mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)[25]vor.

In dem allgemeinen Teil der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V wird festgehalten, was unter selbstständiger Ausübung von Heilkunde zu verstehen ist (§ 2 und § 3). Von Bedeutung ist hier die vorangehende ärztliche Diagnose und Indikationsstellung sowie die Begrenzung der selbstständigen Heilkundeausübungsbefugnis durch anderweitige entgegenstehende Entscheidungen

25 In der Fassung vom 20.10.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1128) vom 21.3.2012, berichtigt in Nr. 50 (S. 1228) vom 28.3.2012) (vgl. Bohne, 2012, S. 262 ff.; Heberlein, 2012a; Heberlein, 2012b; Roters, 2009).

oder Maßnahmen eines Arztes zur Vermeidung einer kontraindizierten Behandlung (§ 3 Abs. 2 der Richtlinie). Eine besondere Kooperationsanforderung ist in der Verpflichtung zu sehen, die in § 3 Abs. 3 der Richtlinie geregelt ist:

> „Sofern die Berufsangehörigen nach § 1 Abs. 1 zu Erkenntnissen kommen, die einer Vornahme der ihnen auf der Grundlage dieser Richtlinie übertragenen ärztlichen Tätigkeiten entgegenstehen oder die die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung betreffen, ist umgehend der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin dokumentiert zu informieren."

Aus den Vorschriften des allgemeinen Teils der Richtlinie wird deutlich, dass es hier nicht um eine Frage der Delegation oder Substitution von ärztlichen Tätigkeiten geht, sondern um eine sachgerechte Abstimmung der Leistungserbringung.

Im besonderen Teil enthält die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V diagnose- und prozedurenbezogen die übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten, wobei jeweils die übertragbare ärztliche Tätigkeit, deren Art und Umfang sowie die Qualifikationserfordernisse nach § 4 KrPflG bzw. AltPflG genannt werden. Bei den diagnosebezogenen Tätigkeiten kommt noch die Beschreibung der Diagnose hinzu.

Delegationsvereinbarung

In der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013[26] werden Anforderungen an die für die Delegation ärztlicher Leistungen in Betracht kommenden nicht ärztlichen Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geregelt (§ 1 der Vereinbarung). Hier wird zunächst festgestellt, welche Leistungen nicht delegierbar sind (§ 2 der Vereinbarung): Der Arzt darf Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, nicht delegieren. Dazu gehören insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Weiter werden die allgemeinen Anforderungen an die Delegation geregelt (§ 4 der Vereinbarung):

> „(1) Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert. (2) Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse

26 Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte.

> für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht). Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation des Mitarbeiters ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung."

Damit sind Voraussetzungen und Anforderungen an die Delegation bestimmt.

4.3.3 Zusammenfassung und Ausblick

Im Zentrum der aktuellen beruferechtlichen Entwicklungen steht die Frage der selbstständigen Ausübung von Heilkunde. In der Debatte hierüber geht es um die Stellung der Ärzte, denen die selbstständige Ausübung von Heilkunde rechtlich zugewiesen ist, wobei im Gesetz nur von der Ausübung von Heilkunde, nicht von der selbstständigen Ausübung gesprochen wird (§ 2 Abs. 5 BÄO). Es ist aber unstrittig, dass vom Gesetz die selbstständige Ausübung der Heilkunde gemeint ist.

Allerdings haben die Ärzte kein Monopol für die selbstständige Ausübung von Heilkunde. Auch die Heilpraktiker sind hierzu kraft der der Heilpraktikererlaubnis befugt (§ 1 Abs. 1 und 2 HeilprG) (vgl. zur Rechtsstellung der Heilpraktiker insgesamt: Sasse, 2011). Da der Heilpraktiker aber nicht zulasten der Krankenkassen tätig werden darf, stellt er für die Ärzte keine wirtschaftliche Konkurrenz dar.

Anders ist dies bei den anderen nicht ärztlichen Heilberufen. So ist die Modellvorhabensklausel in § 63 Abs. 3c SGB V, nach der selbstständige Ausübung von Heilkunde möglich wird, bei der Ärzteschaft von Anfang an auf Kritik gestoßen.[27] Diese Kritik hat sich auch im Zusammenhang der Verabschiedung der entsprechenden Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss fortgesetzt. Die Bundesärztekammer plädiert „für eine Ausgestaltung der Richtlinie in Richtung arztentlastender Ausschöpfung von Delegationsmöglichkeiten statt arztersetzender Substitution".[28]

Während es bei den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V primär um eine gesundheitssozialrechtliche Berufsausübungsregelung (indirektes Berufsrecht) mit beruferechtlichen Auswirkungen geht, ist bei den Modellvorhaben zur hochschulischen Ausbildung nur das Beruferecht (direktes Berufsrecht) betroffen. Wenn sich hochschulische Ausbildungen mit entsprechenden

27 Vgl. etwa die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer zum Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes: http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=1289&id=1134 (26.07.2014).

28 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellGBA_63Abs3c20110516.pdf (26.07.2014).

Kompetenzvermittlungen für einige andere als ärztliche Heilberufe durchsetzen, können sich aber künftig im Verhältnis zu den Ärzten und in der Leistungserbringung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung neue Konstellationen des Leistungszugangs, der Leistungserbringung und der Kooperation zwischen den Heilberufen ergeben, in denen nicht mehr die Unterordnung aller Heilberufe und ihrer Tätigkeiten unter die ärztliche Direktive das alleinige Handlungsmuster ist.

Ein gutes Beispiel für eine entsprechende gesetzgeberische Entwicklung in diese Richtung stellt das jüngste Heilberufegesetz, das Notfallsanitätergesetz (NotSanG)[29], dar. Die Ausbildungsziele, die in § 4 NotSanG umfassend formuliert sind, umfassen auch Tätigkeiten, so insbesondere die invasiven Maßnahmen, die bisher als den Ärzten vorbehalten erachtet wurden (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. c) NotSanG).[30]

4.4 Künftiger Regelungsbedarf

Der künftige Regelungsbedarf im Gesundheitsberuferecht besteht weniger auf dem Gebiet des indirekten Berufsrechts, also insbesondere des Gesundheitssozialrechts, sondern auf dem Gebiet des direkten Berufsrechts, insbesondere des Heilberuferechts. Im Folgenden soll nur auf den Regelungsbedarf des Rechts der anderen als ärztlichen Heilberufe eingegangen werden.

4.4.1 Formulierung von Ausbildungszielen und Gestaltung der Ausbildung

Verfassungsrechtliches Bestimmtheitsgebot und Notwendigkeit der Formulierung von Ausbildungszielen

Ausbildungsziele sind bisher nur im Krankenpflegegesetz, im Altenpflegegesetz, im Hebammengesetz, für Physiotherapeuten im MPhG, im MTA-Gesetz und im Notfallsanitätergesetz formuliert. Die Ziele der Ausbildung können bei den Heilberufegesetzen, die keine Ausbildungsziele enthalten, indirekt über die Gegenstände der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen entnommen werden. Unabhängig davon, dass in einem Heilberufegesetz nicht formulierte Ausbildungs-

29 Vom 22.05.2013, BGBl. I S. 1348.

30 Vgl. hierzu die ablehnende Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 30.01.2013: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stn_BAeK_Notfallsanitaetergesetz_24.01.2013.pdf (26.07.2014).

ziele Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit solcher Gesetze unter dem Gesichtspunkt mangelnder Bestimmtheit der Gesetze entstehen lassen können, ist es doch eine Selbstverständlichkeit, dass Ausbildungsziele im Gesetz niedergelegt werden. In den jüngeren Heilberufegesetzen wird dieser Selbstverständlichkeit Rechnung getragen. Die ausführliche Formulierung von Ausbildungszielen im NotSanG kann nachgerade als vorbildlich gelten. Sie kann damit als Muster für die Formulierung von Ausbildungszielen auch bei den bisher in dieser Hinsicht defizitären Gesetzen dienen.

Verhältnis von Ausbildungsziel und Ausbildung bei bestimmten Heilberufen

In jüngerer Zeit haben sich aus unterschiedlichen Gründen bei einigen anderen als ärztlichen Heilberufen besondere Situationen ergeben.

So ist bei den *Physiotherapeuten* durch eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts der eigenständige Zugang zur Leistungserbringung über die Erteilung einer beschränkten Heilpraktikererlaubnis eröffnet worden. Dieser zunächst etwas befremdlich erscheinende Weg ist vom Bundesverwaltungsgericht mit der Begründung gegangen worden, dass die durch die Ausbildung vermittelte Befähigung der Physiotherapeuten begrenzt sei auf die fachgerechte Anwendung der Physiotherapie bei Patienten, bei denen die vorgelagerte Entscheidung darüber, ob überhaupt eine mit dieser Therapieform zu behandelnde Krankheit vorliegt, bereits getroffen worden ist. Diese Ausbildungslücke sei normativ vorgegeben. Deshalb sei im Regelfall ein bestimmter Zuschnitt der Kenntnisüberprüfung bei ausgebildeten Physiotherapeuten erforderlich, die auf ihrem Gebiet eigenverantwortlich tätig werden wollen. Der jeweilige Antragsteller muss nachweisen, dass er ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber der den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen besitzt und ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder hat. Zudem sind Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nicht ärztlichen Ausübung der Heilkunde nachzuweisen (BVerwG, Urt. V. 26.08.2009 – 3 C 19/08 – = BVerwGE 134, 345, Rn. 25, 27). Damit erweist es sich, dass die in dieser Hinsicht nicht deutliche Formulierung eines Ausbildungsziels (vgl. § 8 MPhG) mit ursächlich sein kann für die Verweigerung eines nur auf das Berufsrecht des Physiotherapeuten gestützten eigenständigen Leistungszugangs.

Eine ganz andere Situation des Zusammenhangs von Ausbildungsziel und Ausbildung ergibt sich bei den *Logopäden*. Logopädie – oder weiter gefasst – Sprachtherapie versteht sich zunehmend als ein Beruf, der hochschulischer Qualifikation zugänglich ist. Dazu wird auf die Vielzahl der hochschulischen Ausbildungsgänge auf diesem Gebiet verwiesen. Ein auf diesen Ausbil-

dungsgängen beruhender Abschluss vermittelt jedoch – außerhalb der entsprechenden Studiengänge in Modellvorhaben[31] – nicht die heilberuferechtliche Erlaubnis, die Berufsbezeichnung „Logopäde" zu führen. Es fragt sich deshalb, ob das Ausbildungsziel für Logopäden generell so zu formulieren ist, dass es nur im Rahmen hochschulischer Qualifikation zu erreichen ist (vgl. Rausch et al., 2014, S. 10).

Gesundheitspflege und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege

Auf die aktuelle Debatte der Gestaltung der künftigen Ausbildung in den Pflegeberufen und die verschiedenen diskutierten Modelle soll hier nicht eingegangen werden. Der Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode sagt hierzu, dass die Pflegeausbildung reformiert werden soll, indem mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etabliert wird (vgl. Bundesregierung, 2013, S. 85). Am Rande sei angemerkt, dass bei der Diskussion um die Pflegeausbildung die unionsrechtliche Debatte und die Ausbildungssituation in den anderen Mitgliedstaaten der Union kaum zur Kenntnis genommen werden.[32]

Veränderungen der Ausbildung durch die Richtlinie 2013/55/EU

Die durch die Richtlinie 2013/55/EU geänderte Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG[33] bedingt für Hebammen und für die allgemeine Krankenpflege eine Präzisierung der Ausbildungsziele (vgl. Igl/Ludwig, 2014, S. 217). Diese Ausbildungsziele sind in Umsetzung der Richtlinie bis Anfang 2016 in die entsprechenden Berufsgesetze einzuarbeiten.

4.4.2 Rechtliche Gestaltung einer hochschulischen Ausbildung bei den anderen als ärztlichen Heilberufen

Für eine künftige rechtliche Gestaltung einer hochschulischen Ausbildung bei den anderen als ärztlichen Heilberufen, auch bei den Heilberufen, bei denen zurzeit in Modellvorhaben die hochschulische Ausbildung erprobt wird, ist zunächst der Bund kraft seiner Kompetenz für die Zulassung zu den Heilberufen zuständig (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Mittelbar sind aber auch die Länder und vor allem die Hochschulen als autonome Gestalter ihrer Ausbildungs- und Studiengänge

31 Vgl. Kapitel 4.3.1.
32 In Österreich ist auch eine fachhochschulische Ausbildung in der Pflege möglich, vgl. § 28 Abs. 2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) vom 19.08.1997, BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch Gesetz vom 07.08.2013, BGBl. I Nr. 185/2013.
33 Vgl. Kapitel 4.2.7.

betroffen. Rechtlich geht es zunächst um die Anpassung und Neuordnung des Ausbildungs- und Prüfungsrechts. Dabei ist insbesondere die Rolle der Hochschulen im Rahmen der Ausbildung bisher nicht hochschulisch qualifizierter Heilberufe zu definieren.

Im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess und der dadurch bedingten Umstellung fast der gesamten Hochschulausbildungen auf Bachelor- und Masterabschlüsse ist auch die Autonomie der Hochschulen bei der Definition der Inhalte der Ausbildung und Prüfungen gestärkt worden. Der staatliche Einfluss auf die Ausbildungsgänge ist reduziert worden und wird in der Regel nur noch indirekt über die Akkreditierung der Studiengänge ausgeübt. Bisher ist es den Hochschulen auch in den Modellvorhaben grundsätzlich versagt, andere als die durch Bundesgesetze und Bundesrechtsverordnungen vorgegebenen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen zu verwenden. Abweichungen sind nur beim theoretischen und praktischen Unterricht, nicht bei der praktischen Ausbildung und nicht bei der Prüfung möglich. Dies widerspricht grundsätzlich dem Selbstverständnis der Freiheit der Hochschulen bei der Gestaltung der von ihnen verantworteten Studiengänge (vgl. WR, 2012, S. 83). Trotzdem sind die Anforderungen an die Ausbildung in den Heilberufen nicht alleine kraft der Gestaltungsfreiheit der Hochschulen zu definieren. Es gilt, für die Zukunft hochschulischer Ausbildung in den Heilberufen deren Anforderungen mit den hochschulischen Anliegen zu koordinieren. Grundsätze für die künftige Gestaltung der hochschulischen Qualifikation sollen sein (vgl. Igl, 2013, S. 306):

- Die dem Bundesgesetzgeber verfassungsrechtlich zugewiesene Verantwortung für die Zulassung zu den Heilberufen muss erhalten bleiben.
- Der Berufsbezeichnungsschutz für die Heilberufe muss erhalten bleiben.
- Die Inhalte der Ausbildung und der Prüfung sowie die staatliche Verantwortlichkeit für die Prüfung müssen bundesgesetzlich bzw. durch Rechtsverordnungen des Bundes geregelt werden. Dabei sind diese Inhalte nach den Grundsätzen der vorliegenden bildungspolitischen Erkenntnisse, z. B. hin zu einer stärkeren Orientierung von Ausbildung und Prüfung an Kompetenzen, zu gestalten.
- Für die in den Modellvorhaben erfassten Heilberufe (Therapieberufe, Pflegeberufe und Hebammen/Entbindungspfleger) muss die Ausbildung einen praktischen Ausbildungsteil enthalten (vgl. WR, 2012, S. 82).
- Nach den Maßgaben der Gestaltungsgrundsätze der Bachelor-/Masterausbildung können landesgesetzlich und in Autonomie der Hochschulen Ausbildung und Prüfung insoweit

geregelt werden, als es um die Modalitäten der Gestaltung der Ausbildung und der Prüfung geht. Dies betrifft etwa die modulare Gestaltung der Ausbildungsgänge und der jeweiligen sich daran anschließenden Prüfungen.

- Schon bisher liegt die Verschaffung von Kompetenzen spezifischer hochschulischer Qualifikationen in der Autonomie der Hochschulen. Dies gilt besonders für die Wissenschaftlichkeit des Studiums und den Erwerb akademischer Qualifikationen.

4.4.3 Finanzierung der Ausbildung

Die Probleme der Finanzierung der Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen standen lange Zeit im Abseits der bildungs- und gesundheitspolitischen Diskussion. Außer in der Kranken- und Altenpflege und bei den Hebammen und Notfallsanitätern wird keine Ausbildungsvergütung bezahlt. Weiter werden für die Ausbildung von den Lernenden z. T. Ausbildungskosten verlangt. Angesichts der mittlerweile im gesamten Bundesgebiet herrschenden Studiengeldfreiheit für das Studium an Hochschulen ist diese Situation fast als absurd zu bezeichnen. Das wird auch von der aktuellen Bundesregierung wahrgenommen und es wird im Koalitionsvertrag entsprechende Abhilfe in Richtung auf die Kostenfreiheit der Ausbildung in Aussicht gestellt (vgl. Bundesregierung, 2013, S. 85).

4.4.4 Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über Heilberufe

Das Recht der Heilberufe ist unklar, unübersichtlich, teilweise widersprüchlich und teilweise veraltet. Ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe könnte hier Abhilfe schaffen. Hier wäre der Bundesgesetzgeber kraft seiner Kompetenz zu konkurrierender Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) zuständig. Die gegenwärtigen Gesetze für Heilberufe verstehen sich als Berufszulassungsgesetze, sodass ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe nur in diesem Rahmen bundesgesetzlich möglich wäre. Die Regelung beruflicher Tätigkeiten und die Weiter- und Fortbildung liegt hingegen in der Zuständigkeit des Landesgesetzgebers.

Die verschiedenen Heilberufegesetze enthalten eine Reihe von Begriffen und Vorschriften, die in diesen Gesetzen identisch verwendet werden. In der üblichen Gesetzestechnik werden solche Begriffe und Vorschriften in einem allgemeinen Teil „vor die Klammer gezogen“. In einem Allgemeinen Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe könnte dies ebenfalls geschehen. Ein solches Anliegen stellt einen üblichen und gängigen Zweck einer Kodifikation dar.

Gegenstand des Allgemeinen Heilberufegesetzes wäre demnach die Schaffung eines solchen allgemeinen Teils, der für alle Heilberufegesetze und auch für ländergesetzlich geregelte Heilberufe gilt. Ein Allgemeines Heilberufegesetz im Sinne eines allgemeinen Teils des Heilberuferechts macht also das Heilberuferecht nicht nur übersichtlicher, sondern trägt mit der Verwendung einheitlich definierter Begriffe auch zur Rechtsklarheit und einfacheren Rechtsanwendung bei.

Die Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes könnte auch dazu dienen, das Heilberuferecht den aktuellen Anforderungen anzupassen. Dies gilt vor allem für folgende Punkte:

- Der Begriff der Heilkunde wird bisher nur im Heilpraktikergesetz von 1939 definiert. Dieser Begriff sollte in einem Allgemeinen Heilberufegesetz im Sinne der Rechtsprechung[34] zu diesem Begriff festgelegt werden. Gegebenenfalls können auch Modernisierungen hinsichtlich weiterer Elemente vorgenommen werden (z. B. Rehabilitation, Palliation).
- In einem Allgemeinen Heilberufegesetz sollten Regelungen zum Begriff der vorbehaltenen Tätigkeiten[35] und zu den Voraussetzungen der selbstständigen/eigenverantwortlichen/mitwirkenden Ausübung von Heilkunde getroffen werden.[36]
- Ein Allgemeines Heilberufegesetz kann allgemeine Vorgaben für die Inhalte und die Gestaltung der Ausbildungs- und der Prüfungsordnungen auch hinsichtlich einer hochschulischen Ausbildung enthalten.
- In einem Allgemeinen Heilberufegesetz können die für alle Heilberufe geltenden unionsrechtlichen Maßgaben Platz finden.

Gesetzestechnisch würde ein Allgemeines Heilberufegesetz nur die aufgeführten allgemeinen Materien enthalten, während die einzelnen Heilberufe wie bisher in davon getrennten Gesetzen reguliert würden. Ein anderer Weg wäre, ein Gesetz über die Heilberufe zu schaffen, das einen allgemeinen Teil mit den Gegenständen des Allgemeinen Heilberufegesetzes enthält und weiter einen besonderen Teil, in dem die verschiedenen Heilberufe geregelt wären. Es steht aber zu vermuten, dass sich die Verbände der Heilberufe nicht von „ihren" Berufsgesetzen trennen wollen. Deshalb spricht viel für eine Regelung der allgemeinen Gegenstände in einem Allgemeinen Heilberufegesetz unter Beibehalt der dann insoweit geänderten einzelnen Berufsgesetze.

---

34 Vgl. Kapitel 4.2.6.
35 § 4 HebG, § 9 MTAG.
36 Die Ärztekammer Nordrhein plädiert z. B. für ein Delegationsgesetz (vgl. Aden, 2012).

4.4.5 Sonstiger Regelungs-, Koordinierungs- und Kommunikationsbedarf im Wirrwarr des Gesundheitsberuferechts

Das deutsche Heilberuferecht leidet an der verfassungsrechtlich vorgegebenen Trennung der Gesetzgebungszuständigkeiten für die Berufszulassung (Bund: Mindestanforderungen an die Ausbildung und Zulassung) und für die Berufsausübung (Länder: Berufsordnung, Weiterbildung; Bund, im Rahmen der Sozialversicherung: Berufsausübung). Es ist nicht abzusehen, dass sich in der nächsten Zeit hier Änderungen ergeben werden.

Diese *Zuständigkeitsverteilung für die Heilberufe* produziert eigentümliche Phänomene. So können die Länder neben dem Bund Heilberufe gesetzlich regeln, solange und soweit der Bund hier nicht tätig geworden ist (Art. 72 Abs. 1 GG). Zurzeit liegt dem Bundesgesetzgeber ein Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen zu einem Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (vgl. Bundesrat, Drucksache 126/14) vor, der in der vorigen Legislaturperiode schon einmal eingebracht worden war (vgl. Bundesrat, Drucksache 111/09). Zwischenzeitlich hatten einige Bundesländer bereits entsprechende Landesverordnungen hierzu erlassen. Der Beruf des Operationstechnischen Assistenten (OTA) ist aufgrund einer Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft konfiguriert worden (vgl. Igl, 2011 ff., Nr. 137.1).

Die *Zuständigkeit der Bundesebene auf dem Gebiet des Gesundheitssozialrechts* (Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung) kann auch zur Verwirrung führen. So wird in der Sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich – mit einer Ausnahme (häusliche Einzelpflegekraft, § 77 SGB XI) – für die Leistungserbringung erstens nur auf Einrichtungen abgestellt, nicht auf Personen (vgl. § 71 SGB XII), und zweitens spricht das SGB XI von (geeigneten) Pflegekräften, nicht von Angehörigen der Pflegeberufe.

Auch ist das *Leistungserbringungsrecht* bei der Zulassung zur Leistungserbringung, so bei der *Erbringung von Heilmitteln*, nicht immer hinreichend bestimmt. So wird als Zulassungsvoraussetzung eine „erforderliche Ausbildung“ und „eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis“ gefordert (§ 124 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V). Man könnte meinen, dass sich dieser Gesetzespassus auf die Heilberufe bezieht, die eine entsprechende Ausbildung genossen haben und die Berufsbezeichnungsschutz genießen. Das Bundessozialgericht hat aber auch ein Zertifikat eines privaten Verbands zur Führung einer Berufsbezeichnung genügen lassen (BSG, Urt. v. 25.09.2001, B 3 KR 13/00 R, juris.de, Rn. 21). Die Kriterien für die erforderliche Ausbildung werden zudem in einer Empfehlung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen

aufgestellt (§ 124 Abs. 4 S. 1 SGB V). Nähere Maßgaben zur erforderlichen Ausbildung enthält das Gesetz aber nicht, sodass es dem Empfehlungsgeber überlassen ist, wie die Kriterien hierfür festzulegen sind.[37] Eine solche berufszulassende Regelung ist unter dem Gesichtspunkt der Bestimmtheit und der Berufsfreiheit verfassungsrechtlich nicht unbedenklich.

Die *Zuständigkeit der Hochschulen für die autonome Gestaltung ihrer Bachelor- und Masterstudiengänge* hat dazu geführt, dass auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zahlreiche Hochschulabschlüsse insbesondere mit dem Profil des Gesundheitsmanagements eingeführt worden sind, die nicht heilberuflicher Art sind. Die Schaffung solcher Studiengänge vollzieht sich in der Regel ohne Koordination zwischen den Hochschulen.

Die Vielzahl der Gesundheitsberufe, ihre teilweise unkoordinierte Entwicklung und der oft mangelnde Blick der Ausbildungsträger auf die spätere berufliche Verwendbarkeit lassen das Bedürfnis einer besseren Kommunikation zwischen den beteiligten Ausbildungsinstanzen mit der Gesundheitswirtschaft und den Trägern von Gesundheitseinrichtungen und -diensten, schließlich mit den einschlägigen Sozialleistungsträgern, den Berufsverbänden und den Tarifpartnern als wünschenswert erscheinen. Ob der kürzlich angeregte *Nationale Gesundheitsberuferat* (vgl. Igl, 2013, S. 414) als solches Forum dienen kann, wird sich erweisen.

37 Vgl. Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_zulassungsempfehlungen/Heilmittel_Zulassungsempfehlungen_01-03-2012_19121.pdf (26.07.2014).

Literatur

Aden, P. (2012). *Plädoyer für ein Delegationsgesetz.* Rheinisches Ärzteblatt, 6/ 2012, S. 17–18.

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.) (2010). *Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt….* Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.

Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung "Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regen" (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung.* (Hrsg.). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Becker-Dittrich, G. (2011). *Die Anerkennung beruflicher Qualifikationen in der EU, im EWR und in der Schweiz.* In: Odendahl, K. (Hrsg): Europäische (Bildungs-)Union? Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag, S. 287–306.

Bettig, U./Frommelt, M./Schmidt, R. (Hrsg.) (2012). *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen.* Heidelberg: medhochzwei-Verlag.

Bohne, K. (2012). *Delegation ärztlicher Tätigkeiten.* Frankfurt a. M.: Peter Lang. Zugl.: Halle-Wittenberg, Univ., Diss., 2011.

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. –. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06.2013.*

Bundesregierung (2013). *Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. 17.12.2013.*

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2010). *Pflegebildung offensiv.* Berlin: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.

Dielmann, G. (2013). *Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht.* [Buchverf.] Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, S. 179–176.

Garben, S./Schneider, H. (2011). *Der Bologna-Prozess: Aus der Perspektive des Europäischen Rechts betrachtet.* In: Odendahl, K. (Hrsg.): Europäische (Bildungs-)Union? Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag, S. 397–448.

Hanika, H. (1999). *Berufsständische Selbstverwaltung auf dem Weg in das 21. Jahrhundert.* PflegeRecht, S. 287–292.

Heberlein, I. (2012a). *Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 1. Teil. Pflegerecht,* S. 67–81.

Heberlein, I. (2012b). *Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 2. Teil.* Pflegerecht, S. 143–157.

Igl, G. (Hrsg.) (2011 ff.). *Recht der Gesundheitsfachberufe, Heilpraktiker und sonstigen Berufe im Gesundheitswesen.* 70. Aktualisierung August 2014. Heidelberg: medhochzwei.

Igl, G. (2013). *Gesundheitsberufe neu regeln: Rechtsexpertise.* [Buchverf.] Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH, S. 236–431.

Igl, G./Ludwig, J. (2014). *Präzisierung der unionsrechtlichen Anforderungen an Heilberufe.* Medizinrecht, 32 (4), S. 214–219.

Igl, G./Welti, F. (Hrsg.) (2014). *Gesundheitsrecht.* 2. Auflage, München: Franz Vahlen.

Kluth, W. (2010). *Verlangt der demografische Wandel eine neue Zuordnung der ärztlichen und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen? – Ein Problemskizze.* Medizinrecht, 28 (6), S. 372–378.

Kurlemann, U. (2011). *Ressourcen und Potentiale für bedarfsgerechte Versorgung. Die Bedeutung der sozialen Arbeit für das Gesundheitswesen.* Forum sozialarbeit + gesundheit, 4/ 2011, S. 6–9.

Nebendahl, M. (2014). *Arzthaftungsrecht.* In: Igl, G./Welti, F. (Hrsg.): Gesundheitsrecht. 2. Auflage, München: Franz Vahlen, S. 247–402.

Rausch, M./Thelen, K./Beudert, I. (2014). *Kompetenzprofil für die Logopädie.* [Hrsg.] Deutscher Berufsverband für Logopädie e.V. (dbl). Frechen: Deutscher Berufsverband für Logopädie e.V. (dbl), o.J. (2014).

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992). *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege.* Erstauflage 1992; mittlerweile 6. Aufl. 2000. Gerlingen: Bleicher.

Roters, D. (2009). *Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB 5.* Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht, S. 171–176.

SVR – Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung.* Gutachten 2007. 2007. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770.

Sasse, R. (2011). *Der Heilpraktiker. Ein Gesundheitsberuf ohne Berufsausübungsrecht?* Baden-Baden: Nomos. zugl. Diss. Bochum 2011.

Statistisches Bundesamt (2013). *Gesundheit Personal 2011.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stöcker, G. (Hrsg.) (2002). *Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung.* Hannover: Schlütersche.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Drucksache 2411–12. Berlin: Wissenschaftsrat.

WR – Wissenschaftsrat (2014). *Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge.* Drucksache 4017–14. Berlin: Wissenschaftsrat.

Zöller, M. (2014). *Gesundheitsfachberufe im Überblick.* [Hrsg.] Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn: s.n.

Zurhorst, G. (2008). *Klinische Sozialarbeit in der Schule.* In: Gahleitner, S./Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 144–147.

5 Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe

EVA-MARIA KRAMPE

In dieser Zwischenbilanz werden die Aspekte Gesundheitswesen, Hochschul- und Studienreform sowie Professionalisierung genauer betrachtet. Es soll versucht werden, eine Neuordnung von Berufen unter den Vorzeichen einer neo-liberalen Gesundheitspolitik zu erkennen. Zudem gilt es, die Entwicklung der Studiengänge im Kontext des Bologna-Prozesses zu diskutieren. Abschließend wird die Relevanz dieser Veränderungen für das pflegerische Professionalisierungsprojekt skizziert.

5.1 Aspekte einer Zwischenbilanz

Betrachtet man die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflegeberufe und will man eine Zwischenbilanz ziehen, so reicht es nicht aus, die zurzeit angebotenen Bachelor- und Masterstudiengänge aufzulisten und zu beschreiben. Unabdingbar ist es, den zeitgeschichtlichen Kontext einzubeziehen: Feststellbar ist ein grundlegender politischer und gesellschaftlicher Wandel hin zu einer immer stärker durch Markt- und Kapitalinteressen geprägten Gesellschaft. Dies wirkt sich auch auf die Akademisierung aus. Die neoliberal geprägte Neuformierung unserer Gesellschaft beinhaltet u. a. eine umfassende Deregulierung des öffentlichen Sektors und damit auch des Gesundheitswesens und des Bildungsbereichs. Die Zuschnitte der Berufe ändern sich ebenso wie die Bedeutung von Akademisierungs- und Professionalisierungsprozessen. Zu Beginn der 1990er-Jahre, als die ersten Pflegestudiengänge eingerichtet wurden, waren diese Entwicklungen kaum absehbar.

Mit der Einführung betriebswirtschaftlicher Prinzipien in die Gesundheitsversorgung veränderten sich auch die Qualifikationen und die Einstellungen der Beschäftigten. Darüber hinaus bedingt die Entdeckung des Gesundheitswesens als stark wachsender Markt mit seinen kaum noch übersehbaren und höchst differenzierten Leistungsangeboten auch andere und neue Arbeitsteilungen, beispielsweise den Zuschnitt neuer Berufsfelder.

Die Bedingungen und die Bedeutung akademischer Qualifikationen haben sich nicht allein für dieses Berufsfeld signifikant verändert. Aus diesem Grund muss eine Betrachtung der Pflegestudiengänge den Kontext der seit Beginn dieses Jahrtausends auf den Weg gebrachten Studienstrukturreform – besser bekannt als Bologna-Prozess – ebenso einbeziehen wie die gleichzeitig

umgesetzte Restrukturierung der Hochschulen mittels marktförmiger Steuerungsmechanismen. Die Umwandlung des Hochschulwesens, die Einbeziehung immer neuer Berufsfelder in die Akademisierung – insbesondere im sozialen und Gesundheitsbereich – sowie die Intentionen, die damit verbunden sind, haben selbstverständlich Einfluss auf jeden einzelnen Studiengang und auf die berufliche Qualifizierung der Studierenden.

Nicht zuletzt gilt es angesichts einer Bewertung dieser Entwicklungen, wieder einmal die Frage nach dem Fortschritt der Professionalisierung in den Pflegeberufen zu stellen. Die Professionalisierungsbestrebungen des späten 20. Jahrhunderts zielte in seinen Anfängen auch auf die Erreichung des Status einer „klassischen" Profession. Auch wenn dieses Ziel im Laufe der Jahrzehnte modifiziert wurde und der heutige Diskurs mehr die Professionalität als die Statuserweiterung zum Gegenstand zu haben scheint, so ist das Professionalisierungsprojekt offensichtlich weder aktuell noch auf der Agenda von Studierenden, Berufsangehörigen und einschlägigen Verbänden.[1]

In dieser Zwischenbilanz werden die Aspekte Gesundheitswesen, Hochschul- und Studienreform sowie Professionalisierung genauer betrachtet. Es soll versucht werden, eine Neuordnung von Berufen unter den Vorzeichen einer neo-liberalen Gesundheitspolitik zu erkennen. Zudem gilt es, die Entwicklung der Studiengänge im Kontext des Bologna-Prozesses zu diskutieren. Abschließend wird die Relevanz dieser Veränderungen für das pflegerische Professionalisierungsprojekt skizziert.

5.2 Gesundheitswesen – veränderte Qualifikationen und Einstellungen

Die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Grundsätze betriebswirtschaftlichen Denkens und Handelns wurde mit den sogenannten Gesundheitsreformen seit Ende der 1980er-Jahre, die bis heute fortgesetzt werden, allmählich und zum Teil gegen den Widerstand verschiedener AkteurInnen in diesem Sektor realisiert (vgl. Wanek, 1994; Wismar, 1996; Deppe, 2000; Kühn, 2004; Slotala, 2011). Im Wesentlichen ging und geht es dabei darum, allein an wirtschaftlichen Interessen orientierte Steuerungsmechanismen in einem bisher öffentlich organsierten Sektor einzuführen. Zu dem als Erfolg versprechenden deklarierten Primat der Betriebswirtschaft ge-

1 Das lässt sich vor allem an den Aktivitäten zur Einrichtung von Pflegekammern festmachen, die Gegenstand zahlreicher Webseiten sind z. B.: http://www.pflegekammer.de/; http://www.pflegekammer-jetzt.de/; https://www.pflege.de/magazin/beruf-ausbildung/pflegekammern.

genüber allen anderen in der Gesundheitsversorgung wirkenden Prinzipien[2] gehört das bekannte Instrumentarium: Kostensenkung und Profitsteigerung, Wettbewerb, Standardisierung von Leistungen und Tätigkeiten, Erweiterung von Leistungen, Spezialisierung auf einzelne Angebote, totale Qualitätskontrolle, um die wichtigsten zu nennen. Eines der zentralen Ziele der Einführung unternehmerischen Denkens ist die Privatisierung, denn nur außerhalb einer öffentlichen Verwaltung gilt in der neoliberalen Interpretation die Umsetzung all dieser Ideale als „wirklich" erreichbar. Privatisierung bedeutet jedoch keineswegs nur, dass die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in private Trägerschaft übergehen, sondern sie beinhaltet auch die „Privatisierung" aller Gesundheitsrisiken. Die zu KlientInnen umdefinierten PatientInnen gelten nämlich jetzt als allein verantwortlich für ihren Gesundheitszustand und sind deshalb auch selbstverständlich verpflichtet, selbst dafür zu bezahlen (vgl. Schmidt-Semisch, 2000, S. 173 ff.). Damit wird die allmähliche Auflösung der paritätisch finanzierten Krankenversicherung legitimiert. In einem so gestalteten Gesundheitssystem werden Beschäftigte benötigt, deren Qualifikationen und Selbstvorstellungen mit diesem nicht nur kompatibel sind, sondern die darüber hinaus als eigeninitiative AkteurInnen das System kontinuierlich reproduzieren (vgl. Bröckling, 2000, S. 141).

Der Wettbewerb, der als Impuls für erfolgreiches unternehmerisches Handeln proklamiert wird, gilt nicht allein als Konkurrenzkampf mit anderen Gesundheitseinrichtungen, sondern bestimmt auch das Binnenverhältnis in einer Institution. Berufsgruppen konkurrieren miteinander um die beste Bewertung durch die KlientInnen und die beste Performance, während sich gleichzeitig die Menschen innerhalb einer Beschäftigtengruppe immer wieder als besonders geeignete Beteiligte am Unternehmenserfolg auszeichnen müssen. Diesen Anforderungen stehen tradierte Identifikationen mit der eigenen Berufsgruppe sowie die Bewahrung von Statusunterschieden entgegen. Zudem evozieren die neuen Anforderungen und die Ausweitungen des Leistungsangebots veränderte Arbeitsteilungen und -zuschnitte, die zur Etablierung neuer Berufe führen. Dies nicht nur im medizinisch-technischen Bereich sowie im Qualitätsmanagement und allgemeinen Management, sondern auch im Kontext erweiterter Dienstleistungen, z. B. Case-ManagerInnen, PatientenberaterInnen, Medizin-ControllerInnen, Medizinische/r WellnesstrainerIn, Reflective Practioners, Study Nurses, Clinical Nurse Specialists, Praxisassistentinnen, GesundheitswissenschaftlerInnen, Betriebliche GesundheitsmanagerInnen, Breast Care Nurses, Compliance/

2 Die gleichzeitige Belebung ethischer Diskurse in den medizinischen und pflegerischen Berufen, die einherging mit der Gründung medizin-ethischer Institutionen an den Universitäten und großen Kliniken, belegt, dass die ökonomische Neuausrichtung offensichtlich zu Differenzen bis hin zu Unvereinbarkeiten mit den bis dahin gültigen Annahmen über den Auftrag der Gesundheitsversorgung führte.

Adherence Coaches (vgl. Sidki-Lundius, 2009; WR, 2012, S. 42 f.; Gesundheitsberufe.de). Diese willkürliche und kleine Auswahl an neuen Tätigkeitsfeldern belegt zusammen mit den inzwischen zahlreichen Gesundheits- und Pflegestudiengängen (vgl. Pundt, 2006, S. 10; Bollinger et al., 2006, S. 86 f.; Kälble, 2006, S. 216 f.)[3] und ihren diversen Spezialisierungen auf der Ebene der Masterstudiengänge, welche Dimensionen der berufliche Wettbewerb im Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege, annimmt.

Die voranschreitende Ausdifferenzierung von Tätigkeiten entsteht keineswegs sozusagen aus der Natur der Sache und ergibt sich nicht allein aus den veränderten Anforderungen, die höhere Qualifikationen und wissenschaftlich begründete Kenntnisse erfordern. Berufe ergeben sich nämlich nicht naturwüchsig aus dem Bedarf nach Arbeitsteilung, sondern werden in gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen konstruiert, um ökonomische und politische Interessen durchzusetzen (vgl. Hesse, 1968). Beck et al. (1980) stellen darüber hinaus fest, dass die funktionale Ausdifferenzierung von Tätigkeiten auch immer mit einer strukturellen einhergeht (ebd., S. 64 u. 98). Mit einer zunehmenden Spezialisierung der Arbeitskräfte steigt somit auch die Anzahl sozialer Positionen an (vgl. Daheim, 1967, S. 20). AnbieterInnen anderer Fähigkeiten werden ausgegrenzt (vgl. Beck et al., 1980, S. 36). Auf der Grundlage dieser berufssoziologischen Analysen kann man davon ausgehen, dass die Neuschaffung und der Wettbewerb der Berufe erhebliche Auswirkungen auf die Strukturen im Gesundheitswesen haben werden. Schließlich beinhaltet die zunehmende strukturelle Ausdifferenzierung und damit steigende Anzahl von sozialen Positionen eine Veränderung in der tradierten Hierarchie, vor allem in den stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Diese Veränderungspotenziale können aber nicht von allen involvierten Gruppen in gleicher Weise genutzt werden, denn die Besetzung neuer Tätigkeitsfelder ist immer schon abhängig von dem mit einem neuen Berufsschnitt vorgelagerten Interessen. Im Hinblick auf die Zuschneidung von Berufen scheint es letztlich darauf anzukommen, dass gesellschaftliche Gruppen zur Durchsetzung ihrer Interessen neue Berufsfelder schaffen, um die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen einzusetzen und auszubauen (vgl. Krampe, 2011, S. 44). Dies ist in der aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen besonders augenfällig, wenn man, dass betriebswirtschaftliches Denken mit immer neuen Qualifikationen in die Gesundheitsversorgung hineinwirkt (vgl. Kälble, 2006, S. 215). Es handelt sich nicht nur um eine Disziplin, die angesichts des Ökonomisierungsdrucks über ein beträchtliches Einflussvermögen verfügt, sondern auch um

3 Kälble spricht schon im Jahr 2006 von ungefähr 300 gesundheitsbezogenen Studiengängen (Kälble, 2006, S. 220), von nicht akademisierten Gesundheitsberufen ganz zu schweigen.

eine, die die möglichen Studien- und Berufsperspektiven für die Vielzahl der Studierenden erweitern muss, um diesen weitere berufliche Karrieren zu eröffnen.

Ein weiteres Element zur Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Instrumente ist das Qualitätsmanagement (QM), das umfassend eingeführt wird. Das QM zur kontinuierlichen Kontrolle und Evaluation der erbrachten Leistungen wirkt sich zusammen mit den Standardisierungen von Leistungen (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = ICD; Diagnosis Related Groups = DRGs), die erforderlich sind, um Qualität überhaupt messen zu können, widersprüchlich aus. Während Standardisierungen für die Arzt-Profession einen deutlichen Einschnitt in die professionelle Entscheidungsfindung darstellen und deswegen auch nur widerwillig akzeptiert sind (vgl. Borgetto/Kälble, 2007, S. 138 ff.), sahen die ständischen Vertretungen der Pflegeberufe vor allem in den DRGs endlich die Möglichkeit, pflegerische Tätigkeiten transparent und kostenrelevant darzustellen (vgl. Krampe, 2009, S. 190; Krampe, 2014, S. 193). In diesen Reaktionen manifestieren sich bereits die stark divergierenden Konzepte von Professionalität zwischen Medizin und Pflege, auf die weiter unten detaillierter eingegangen wird.

Des Weiteren führt die Einführung von QM bei allen Beschäftigtengruppen zu wesentlichen Veränderungen im Arbeitsalltag. Das QM bringt eine ansteigende Dokumentationspflicht der erbrachten Tätigkeiten mit sich sowie eine vorgeblich uneingeschränkte Orientierung an den Bedürfnissen der KundInnen. Insgesamt jedoch impliziert das QM eine permanente Motivierung der Beschäftigten, die Unternehmensziele zu verfolgen: Die individuellen Selbstentwürfe und Selbstverwirklichungsstrategien werden aktiviert und der Prozessorientierung nutzbar gemacht (vgl. Bröckling, 2000, S. 142). Die Unterordnung von Interessen, seien es individuelle oder die ganzer Berufsgruppen, führt je nach Status dieser Gruppen zu unterschiedlichen Konsequenzen. Diejenigen, die bisher übergeordnet und weisungsbefugt waren wie die Ärzteschaft, müssen um die Vormachtstellung bangen, während beispielsweise auch neue Berufsgruppen erweiterte Chancen sehen. Dies trägt dazu bei, den gewollten Wettbewerb zwischen den beteiligten Berufsgruppen im Sinne der Unternehmensführung bzw. der Steuerung des Systems zu intensivieren.

Bereits an dieser Stelle lässt sich der Schluss ziehen, dass solch ein fundamentaler Wandel nicht ohne Konsequenzen für die berufliche Qualifizierung und die Anordnung der Berufe in diesem Feld bleibt. Es werden Qualifikationen verlangt, die sich nicht allein aus einem inhaltlich begründeten und erweiterten Bedarf an Wissen und wissenschaftlichen Kenntnissen ableiten, sondern die weit darüber hinaus die Fachkräfte so formen, dass sie zu aktiven, das System reproduzierenden Subjekten werden. Daran werden sich auch vorhandene Professionen und Professionalisierungsprojekte orientieren und ihre Vorhaben entsprechend modifizieren müssen. Bevor

auf die Entwicklung und Bewertung des Professionalisierungsprojekts *Pflege* eingegangen wird, folgt ein Exkurs über das Bildungswesen. Im Blickpunkt steht vor allem die Hochschulbildung, da genau dort die genannten Qualifikationen erworben werden sollen.

5.3 Hochschul- und Studienstrukturreform – ein Exkurs

Die im Zusammenhang mit den neoliberalen Veränderungen des Gesundheitssystems – also im Kontext der Ökonomisierung des Sozialen[4] – genannten Prinzipien sind mittlerweile, wenngleich mit einer zeitlichen Verzögerung von fast zehn Jahren, auch auf das Bildungssystem in der Bundesrepublik Deutschland übertragen worden und werden dort immer wirksamer. Es sind, wie oben erwähnt der als Erfolg versprechend deklarierte Primat der Betriebswirtschaft mit seinen genannten Instrumenten. Vorgegeben wurden diese Grundsätze in einer Vielzahl von nationalen und EU-Beschlüssen, Richtlinien und Gesetzesänderungen, die in der Allgemeinheit unter Schlagworten wie „Bologna-Prozess" und „Autonomie der Hochschulen" bekannt geworden sind (vgl. Krautz, 2007; Kapfinger/Sablowski, 2010; Höcker, 2010).

Auf die Details des Bologna-Prozesses und der damit verbundenen Einführung eines zweistufigen Studienmodells (Bachelor, Master), der Vergabe von ECTS (Punkten nach dem European Credit Transfer System), der angeblichen Förderung der Mobilität (national und international) von Studierenden und der Verbesserung der Berufsbefähigung der AbsolventInnen soll hier nicht eingegangen werden. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die vielfältige inhaltliche und bildungspolitische Kritik (vgl. u. a. Bauer et al., 2010; Krautz, 2007; Steinert, 2005). Die Bologna-Reform ist im Kontext dieser Analyse nur insofern von Bedeutung, als sie für die weitergehende Ökonomisierung des Hochschulsystems, die Entstaatlichung des öffentlichen Sektors und die Umstrukturierung des Studiums zu einem Prozess, der nach ökonomisch-technischen Parametern zu beurteilen und zu steuern ist, steht, um ihn damit immer inhaltsleerer werden zu lassen (vgl. Gehrig, 2010, S. 18).Thematisiert werden soll die Relevanz für die Veränderung von Lern-, Lehr- und Bildungsdiskursen. So gilt mittlerweile:

> „Der Bildungsprozess erschöpft sich in formulierten Ergebniserwartungen (Standards) und deren Überprüfung (Evaluation). Relevant ist nun nur noch, was getestet und ‚belohnt' wird." (Krautz, 2009, S. 90)

Bildung ist somit längst Teil der Ökonomie, denn Output-Orientierung, Evaluation, Qualitätssicherung, Standards und Effizienz sind Begriffe, die der traditionellen Bildungsdefinition fremd

4 Zur Erläuterung einer Politik, die die Ökonomisierung des Sozialen betreibt vergleiche Bröckling et al., 2000, S. 16.

sind und die zunächst ausschließlich in die wirtschaftliche Sphäre gehörten. Inzwischen kristallisiert sich überhaupt ein Bildungsbegriff bzw. ein Konzept von Bildung heraus, das fast gar nichts mehr mit den uns früher bekannten Inhalten zu tun hat. Dieses neue Konzept lässt sich am besten am Kompetenzbegriff festmachen, der heute innerhalb und außerhalb des Bildungssystems inflationäre Verbreitung findet.

Ohne eine Diskussion der tradierten Bildungsvorstellungen unserer Gesellschaft eröffnen zu müssen, ist es wichtig, sich in Erinnerung zu rufen, dass Bildung im herkömmlichen Verständnis mit folgenden Elementen einhergeht: Bildung enthält immer einen Moment des Allgemeinen, das sich der unmittelbaren Verwertung entzieht (vgl. Kapfinger/Sablowski, 2010, S. 6). Bildung impliziert Mitmenschlichkeit, Vernunftfähigkeit und Kritikfähigkeit (vgl. Krautz, 2009, S. 93). Insbesondere beinhaltet sie die individuelle Selbstbildung als emanzipatorischen Akt, mit dem das Individuum sich seiner Bestimmung von einer vorgegeben Ordnung entzieht und die aktive, frei gewählte und selbstverantwortliche Bewältigung der Welt auf sich nimmt (vgl. Höcker, 2010, S. 74 f.).

Der Bildungsbegriff, der den aktuellen Diskussionen zur Neustrukturierung der Schul- und Hochschulbildung zugrunde liegt, steht diesem Verständnis konträr gegenüber. In diesem Zusammenhang bezeichnet er vor allem den Erwerb ökonomisch verwertbarer Fähigkeiten und Fertigkeiten, die dem Individuum Chancen auf dem Arbeitsmarkt eröffnen und ein erfolgreiches Handeln im Berufsleben ermöglichen (vgl. Höcker, 2010, S. 92). Insgesamt wird so die traditionelle Trennung von auf die persönliche Entwicklung zielender Bildung und auf Berufsbefähigung ausgerichteter Qualifikation systematisch aufgehoben. Die Aufhebung dieser Trennung ist heute auch eine zentrale Anforderung an die Konzeption von Studiengängen. Ihre Zielsetzung fokussiert keineswegs auf Bildung, sondern auf ein Kompetenzgefüge, das sich zur Vermittlung von Fachkenntnissen hinzufügt. Die Kompetenzen, um die es dabei gehen soll, sind klar definiert: intelligentes und anwendungsfähiges Wissen, Lernkompetenz, methodisch-instrumentelle und soziale Schlüsselkompetenzen, Werteorientierungen (vgl. Höcker, 2010, S. 93 f.; Krautz, 2009, S. 93). Damit wird ein Funktionswandel der Hochschulbildung markiert. Sie soll nun nicht mehr nur „der ökonomischen Sphäre zuarbeiten“, sondern darüber hinaus dafür Sorge tragen, dass sich die gesamte Persönlichkeit den Anforderungen des Arbeitsmarktes entsprechend entwickelt (vgl. Höcker, 2010, S. 94). Eine Qualifikation, die in der Hochschule vermittelt wird, zielt dementsprechend nicht mehr alleine auf die Anpassungsfähigkeit der Subjekte, sondern soll dazu

beitragen, die Selbstbestimmung durch angemessene Selbsttechnologien[5] zu ersetzen. Eine solche Transformation von Aus- und Bildungszielen wirft die Frage auf, ob damit auch die Konzepte von Profession und Professionalisierung in der Berufs- und Professionstheorie weiterhin Bestand haben können. Diese Frage wird im nachfolgenden Abschnitt untersucht. Doch zuvor gilt es, auf einen weiteren Aspekt der sich verändernden Hochschullandschaft einzugehen.

Die Hochschulen sind seit Beginn dieses Jahrtausends nicht nur dem Prozess einer inhaltlichen Neugestaltung von Studiengängen unterworfen worden, sondern müssen auch gänzlich neue Strukturen aufbauen, eine Aufgabe, die unter dem durchaus positiv konnotierten Schlagwort „Mehr Autonomie für die Hochschulen" propagiert wird (vgl. Brüchert, 2010, S. 38 f.). Dass sich dahinter ein schleichender Rückzug des Staates aus den Bildungsaufgaben verbirgt, ist nur ein Teil dieser Entwicklung. Dieser wird besonders deutlich angesichts der Tatsache, dass die Genehmigung für Studiengänge, also deren Inhalte und Qualifikationsprofile, nicht mehr von den früher zuständigen Landesministerien erteilt wird, sondern von Akkreditierungsagenturen, die sich ihre Bewertungen teuer bezahlen lassen. Zu beobachten sind darüber hinaus Tendenzen des Staates, sich aus der Finanzierung von Hochschulbildung herauszunehmen. Das inzwischen jedoch fast überall gescheiterte Modell der Studiengebühren[6] ist hierfür nur ein Beleg. Weitere Belege sind der wachsende Druck auf die Hochschulen, sich über Drittmittelforschung zu finanzieren und die Schaffung von sogenannten Stiftungsuniversitäten. Diese haben die Aufgabe, Gelder von Unternehmen, Banken und wohlhabenden Privatleuten zu akquirieren. Die Grundfinanzierung der Hochschulen wird beständig so gesenkt, dass sie sich daraus nicht mehr finanzieren können. Zusätzliche Mittel können nur durch den Nachweis besonderer Leistungen, wie z. B. in der Durchführung öffentlich geförderter Projekte, Maßnahmen zur Internationalisierung der Hochschule oder der Anwerbung bestimmter Studierendengruppierungen, eingebracht werden. Dafür aber können die Hochschulen „autonom" über ihre Mittel verfügen. Sie erhalten feste Budgets, die sie eigenständig verwalten können (vgl. Kapfinger/Sablowski, 2010, S. 12). Damit geben sie den Wettbewerb um Mittel, der auf Landes- und Bundesebene zwischen den Hochschulen stattfindet, in die Hochschulen weiter, denn auch dort werden die Gelder entsprechend besonderer Leistungsparameter auf die Fachbereiche verteilt (vgl. Brüchert, 2010, S. 38 ff.).

5 Von Selbsttechnologien im Sinne Foucaults spricht man, wenn Subjekte ihre Selbstverantwortung darin sehen, dass es gelingt, das eigene Leben an betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien und unternehmerischen Kalkülen auszurichten (vgl. Bröckling et al., 2000, S. 30).

6 Dabei ist die Frage offen, ob und wann diese wieder eingeführt werden.

Angesichts des finanziellen staatlichen Rückzugs ist es naheliegend, diese Leerstellen anderweitig auszufüllen. So sollen Finanzierungsgrundlagen nicht allein über Drittmittelforschung geschaffen werden, sondern auch durch neue oder erweiterte Studienangebote, in die private und öffentliche Institutionen und Unternehmen in jeder Hinsicht einbezogen werden. In diesem Sinne spiegelt die Innovation und Kreativität bei der Entwicklung von immer neuen Studiengängen die wachsende Zahl von Berufen im Gesundheitswesen (und anderswo) wider, wenn nicht gar die Hochschulen die Initiatoren neuer Berufsfelder sind. Auch die Industrie drängt nach höher qualifizierten Fachkräften. So werden in dualen und Weiterbildungsstudiengängen ArbeitnehmerInnen ausgebildet, die bei einem Unternehmen oder einer Institution beschäftigt sind, und für die der Arbeitgeber oder oft auch die Studierenden selbst die Studiengebühren bezahlen. Für die meisten dieser Studiengänge werden über die Semestergebühren hinaus Studiengebühren erhoben, da diese Studienangebote nur dann durchgeführt werden, wenn sie sich finanziell selbst tragen. Mit der Übernahme der Studiengebühren und der von den Arbeitgebern eingegangenen Verpflichtung, eine bestimmte Anzahl von Studierenden zu stellen, sehen sich die Unternehmen und Institutionen auch legitimiert, sich in die inhaltliche Gestaltung von Studiengängen einzubringen, dies insbesondere dann, wenn ein Studiengang allein für ein einziges Unternehmen angeboten wird (vgl. z. B. Duales Studium Hessen, 2010).

Die „autonomen" Hochschulen, die sich nur finanzieren können, wenn sie im Wettbewerb um Studierende, Drittmittelforschung, Zusatzmittel für besondere – exzellente – Leistungen, Projekte, Stiftungsgelder, Landes- und Bundesmittel auf den vorderen Plätzen liegen, müssen sich in der Konsequenz immer stärker auf diese Verteilungskämpfe konzentrieren. Das bindet nicht nur enorme personelle Ressourcen, sondern führt auch dazu, sich auf Felder zu konzentrieren, die besonders profitabel erscheinen. In dieser Hinsicht sind sie den Krankenhäusern nicht unähnlich. Und selbstverständlich stehen sie unter dem gleichen Qualitätssicherungsdruck wie die Gesundheitsversorgungseinrichtungen mit dem sicherlich vergleichbaren Problem, überhaupt erst zu definieren, was denn die Qualität ausmacht, die gemessen werden soll.

Dass solche Anforderungen ihre Wirkung auf die Gestaltung von Studiengängen und die Forschungsaktivitäten haben, erklärt sich fast von selbst. Doch das Angebot von Studiengängen und ihre inhaltliche Füllung ist darum nicht allein von Finanzierungsgrundlagen und der darüber bestehenden Konkurrenz der Hochschulen abhängig, sondern auch von den Vorgaben der zahlreichen Akteure im Bildungswesen: von der Hochschulrektorenkonferenz über die Kultusministerkonferenz, dem Wissenschaftsrat und den zuständigen Landes- und Bundesministerien bis hin zum Nationalen Akkreditierungsrat und den Akkreditierungsagenturen mit ihren jeweiligen fach-

lichen Gremien, ganz zu schweigen von den Ansprüchen der Industrie-, der Arbeitgeber- und der beruflichen Verbände. Dabei spielt die berufsvorbereitende Ausrichtung, die mit dem Bologna-Prozess verstärkt anvisiert wird, eine ebenso zentrale Rolle wie die Orientierung am Arbeits- und Fachkräftemarkt. Im übernächsten Abschnitt steht die Gestaltung von Pflegstudiengängen im Vordergrund, in diesem Zusammenhang spielt dann auch die inhaltliche Einflussnahme außerhochschulischer Institutionen eine Rolle.

5.4 Profession und Professionalisierung unter neoliberalen Bedingungen

Angesichts dieses beschriebenen Wandels, der sich im Gesundheitswesen und in den Hochschulqualifikationen abzeichnet und der auch die vorhandenen Berufe und Professionen, also die sozialen Positionen, betrifft und neu zu strukturieren scheint, ist es empfehlenswert, sich mit den Professionen und Professionalisierungsprojekten auseinanderzusetzen, die davon betroffen sind.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird traditionell von der Profession der MedizinerInnen dominiert. Ihre mächtige Position wird seit Jahrzehnten immer wieder infrage gestellt. Auf der einen Seite sind es die Akteure der medizinisch-technischen und pharmazeutischen Industrie, die die Position der Ärzteschaft für sich nutzen und damit aushöhlen. Auf der anderen Seite versuchen die anderen Berufe, die bisher abhängig von der Medizin wirken, diese Vormachtstellung anzugreifen. Seit Jahrzehnten beschreibt die Professionssoziologie diese Entwicklungen und versucht zu verdeutlichen, dass die Profession dabei ist, ihren Status zu verlieren (vgl. Abbot, 1988, S. 91 ff.; Freidson, 1994, S. 119 ff.; Dewe, 2006, S. 23 f., um nur einige zu nennen). Dennoch hat sie ihre Position bisher verteidigen können. Erst durch die neoliberale Umstrukturierung des Gesundheitswesens scheint diese „klassische“ Profession ihre Bedeutung zu verlieren. Denn mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dem Primat unternehmerischen Handelns und Denkens werden zentrale Merkmale, die eine Profession ausmachen, ernsthaft infrage gestellt. Dies lässt sich anhand professionstheoretischer Ansätze zur Definition von Professionen belegen. Schließlich handelt es sich dabei nicht ausschließlich um wissenschaftstheoretische Analysen, sondern vielmehr dienten diese auch immer wieder als Handlungsanleitungen zur Durchsetzung eigener Projekte (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 16).

Unabhängig von dem jeweiligen gesellschaftstheoretischen Ansatz stimmen merkmalsindikatorische, strukturbezogene oder macht- bzw. ideologiekritische Ansätze doch in einigen Punkten darin überein, was eine Profession ausmacht. Die wichtigsten Merkmale sind: eine be-

sondere Wissensbasis, die meistens als wissenschaftliche[7] definiert wird, die Gemeinwohlorientierung, eine asymmetrische Beziehung zwischen Professionellen und KlientInnen/PatientInnen, ein Handlungskompetenzmonopol und Handlungsautonomie, eine mit Unsicherheit hantierende Arbeit sowie gesellschaftliche Anerkennung und Privilegien. Mit Freidson (1994, S. 68) und Macdonald (1995, S. 35) kann man ergänzen, dass sie über ein besonderes Verhältnis zum Staat und damit gesellschaftliche Macht verfügen. Bereits diese Merkmale weisen darauf hin, dass das Konzept von Profession der Durchsetzung ökonomischer Prinzipien diametral entgegengesetzt ist. Abgesehen davon, dass eine wissenschaftliche Qualifikation vor dem Hintergrund einer weit reichenden Akademisierung von Berufen, wie sie sich heute beobachten lässt, kein Alleinstellungsmerkmal mehr darstellt (vgl. Kurtz, 2002, S. 48), widersprechen Gemeinwohlorientierung und Handlungsautonomie grundsätzlich den Anforderungen eines ökonomisierten Gesundheitssystems. Effizienz, Standardisierung und die alleinige Orientierung am Unternehmensziel Profitmaximierung erlauben nämlich weder eine Orientierung am Gemeinwohl noch autonome individuelle Entscheidungen.[8]

Daneben sind andere Entwicklungen zu beobachten, die die Medizinprofession ernsthaft infrage stellen. Dazu gehört insbesondere der immer expansivere und intensivere Einsatz der IT-Technologie in der Medizin. Sie wird verstärkt in der Diagnostik eingesetzt und liefert dort präzisere und schnellere Ergebnisse als traditionelle Verfahren. Sie reduziert damit ärztliches Wissen auf die Auslesung von Daten (vgl. FAZ, 27.06.2014, S. 17). Mithilfe der unbegrenzten Sammlung von Gesundheitsdaten, z. B. in den Händen von Google Fit, besteht die Möglichkeit, den Gesundheitszustand von Menschen und eventuell ihre akute Probleme umgehend an die einschlägige Industrie weiterzugeben, die dann die entsprechenden Diagnosen und Therapien direkt den PatientInnen verkaufen kann (vgl. FAZ, 20.07.2014, S. 17). Als eine weitere Ursache für die Einschränkung ärztlicher Autonomie gilt die wachsende Abhängigkeit der Ärzteschaft von Gesundheitsorganisationen oder Krankenkassen (vgl. Unschuld, 2014). Nicht zuletzt sind es die PatientInnen selbst, die im Zuge der Individualisierung des Krankheitsrisikos zu wahren ExpertInnen ihres Krankheitsbilds werden (vgl. Schmidt-Semisch, 2000, S. 174 ff.). Sie organisieren sich

7 Freidson (1994) und Macdonald (1995) gehen davon aus, dass die Professionen zudem ein mystisches oder auch esoterisches Wissen für sich reklamieren, das nicht beschreibbar und damit für Außenstehende nicht erlernbar ist, und eben darin sich die Besonderheit der Professionen begründe.

8 Darauf, dass diese keine zentrale Bedeutung in der Gesundheitsversorgung mehr haben, weisen die Berichte von OECD (vgl. Kumar/Schoenstein, 2013) und der von GKV, DKG, PKV beauftragte Forschungsbericht zur Mengenentwicklung in Krankenhäusern (2014) hin.

in Selbsthilfegruppen und verfügen als umfassend vernetzte Individuen über beachtliches Wissen, mit dem sie die Ärzteschaft konfrontieren.

Alle diese Tendenzen deuten darauf hin, dass die medizinische Profession ein historisch erfolgreiches, aber auslaufendes Phänomen ist. Damit verliert diese Berufsgruppe auch den Modellcharakter für all jene Berufe, die sich in ihren Professionalisierungsprojekten an ihr ausrichteten. Tatsächlich orientieren sich die Professionalisierungsdiskurse der wissenschaftlichen Eliten dieser Berufsfelder nicht mehr am Modell ständischer Professionen, sondern fokussieren sich vielmehr auf Professionalität, also gutem, wissenschaftlich basiertem Handeln der Berufsangehörigen. Neben der Sozialen Arbeit ist es die Professionsforschung in der Pflege, die sich zunehmend mit einer Verbesserung individueller Pflegeleistungen und Pflegehandlungen auseinandersetzt (vgl. Cassier-Woidasky, 2007, S. 93).

Diese Wendung des Professionalisierungsdiskurses beinhaltet zudem bemerkenswerte Reaktionen auf die sich gleichzeitig vollziehenden, oben beschriebenen Veränderungen im Gesundheits- und Bildungsbereich. Die faktische Einebnung einer ständischen Berufehierarchie, die dysfunktional für die Durchsetzung von Flexibilität und Profitorientierung geworden ist, spiegelt sich in Professionalisierungskonzepten wider, die nicht den Status, sondern das berufliche Handeln, also die Dienstleistung des Unternehmens, in den Vordergrund stellen. Auch die in den klassischen professionstheoretischen Erklärungsansätzen als zentral dargestellte berufliche Autonomie, also die eigene Entscheidungsfreiheit und die Weisungsungebundenheit, verliert damit an Bedeutung. Die Autonomie der Tätigkeit wird nicht mehr als vorrangig betrachtet, sondern es wird konstatiert, dass durch die Ansiedlung dieser Berufe in staatlichen und anderen Institutionen bessere Voraussetzungen für professionelles Handeln (vgl. Heiner, 2004, S. 21; Schaeffer, 1998; Landenberger, 1998) gegeben sind als in der Isolation der eigenen Praxis. Das wird u. a. damit begründet, dass Institutionen als Ressourcen betrachtet werden können, die es den Professionellen erlauben, effektiv zu arbeiten, und zwar insbesondere in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (vgl. Heiner, 2004, S. 21). Schütze geht sogar davon aus, dass die Komplexität professionellen Handelns Hilfestellungen benötigt, wie sie nur von Organisationen zur Verfügung gestellt werden können (vgl. Schütze, 1984, S. 319). Eine solche Einschätzung setzt jedoch voraus, dass alle Berufsgruppen in einer Institution gleichrangig und gleichwertig agieren können. Allerdings bedeutet der Abschied von ständisch organisierten Berufen keineswegs, dass jede strukturelle Ausdifferenzierung beendet wäre. Das ist in einer modernen, an unternehmerischen Zielen ausgerichteten Einrichtung der Gesundheitsversorgung nicht vorgesehen.

Ebenso ambivalent wie die Abwendung von beruflicher Autonomie zeigt sich der Professionsdiskurs in Hinsicht auf die Definition dessen, was gutes berufliches Handeln ist. Die unterschiedlichen Definitionen (vgl. Abbot, 1988, S. 318; Oevermann, 2002, S. 30 ff.; Schütze, 1984; Nittel, 2002; S. 255 f.) lassen einige Gemeinsamkeiten erkennen: Genannt werden die mit Unsicherheit hantierende Arbeit, Regelanwendung auf der Grundlage wissenschaftlichen Wissens, Verstehen des Einzelfalls, reflexive Kompetenz. Bei allen Definitionen stehen das Können und Wissen individueller Berufsangehöriger im Vordergrund und nicht die gebündelten Fähigkeiten, über die eine ganze Berufsgruppe verfügt[9]. Noch weiter geht Nittel mit der Einführung eines Begriffs der Professionalität, den er wie folgt definiert:

> „Professionalität stellt einen flüchtigen, weil situativ konstituierten Gegenstandsbereich dar, einen Zustand von Beruflichkeit, der interaktiv hergestellt und aufrecht erhalten werden muss." (Nittel, 2002, S. 255)

Die Auflösung des Konflikts, der entsteht, wenn intuitives Handeln mit wissenschaftlichem, also abstraktem Wissen abgeglichen werden muss, identifiziert er als Indiz der besonderen Beruflichkeit. So verweist er die Deutungsmacht darüber, was gute Beruflichkeit ist, auf den beruflichen Alltag und entzieht sie zumindest partiell der Forschung und Theorie. Diese zunehmend individualisierte Beschreibung von Professionalisierung entfernt sich immer weiter von den Erklärungsansätzen für die Entstehung von Professionen, die – zumindest im Fall der Medizin – auch historisch überlebt sind. Allerdings bleibt unklar, wohin diese Art von Professionalisierung und Professionalität die betreffenden Berufsgruppen führen könnte. Zwar entspricht sie zum einen den Normen einer individualisierten, auf Selbsttechniken bauenden neoliberalen Herrschaftstechnik, doch enthält sie zum anderen auch den direkten Widerspruch dazu, da professionalisierte Berufsangehörige sich so den Rationalisierungstendenzen durchaus entgegensetzen könnten (vgl. Bollinger/Gerlach, 2008, S. 149).

Mit der Durchsetzung wirtschaftlicher Prinzipien im Gesundheitswesen werden effiziente, effektive, rationale Problemlösungen gesucht. Standardisierte Verfahren scheinen hier immer als die beste Lösung, weil sie langwierige Entscheidungsprozesse unnötig machen. Sie unterstützen Routinen und bringen diese erst hervor. Sie machen Handlungen relativ unabhängig von Personen und deren Qualifikationen. Sie unterstellen sogar, dass nahezu alle Tätigkeiten von allen ausführbar sind. Unter dem wirtschaftlichen Druck, der seit Ende der 1980er-Jahre beständig zu-

9 Auch von dem für Berufe und Professionen wichtigen Aspekt der beruflichen Organisation, zur Durchsetzung und zum Schutz der Interessen der Berufsangehörigen haben sich viele ProfessionalisierungstheoretikerInnen verabschiedet (vgl. Krampe, 2012).

nimmt, gewinnt die Diskussion über das professionelle Handeln zudem eine erstaunliche weitere Dimension: Es wird zum Gegenstand von Qualitätsmanagement, also der Rationalisierung, und muss der Deutschen Industrienorm ISO 9000 genügen. Es dürfte schwer sein, unter aktuellen Bedingungen die beschriebenen Vorstellungen von professionellem Handeln im Gesundheitswesen aufrechterhalten zu können, widersetzen sie sich doch von ihrem Charakter her der Standardisierung. Gleichzeitig verringert die Individualisierung von Professionalisierungsprozessen die Möglichkeit solcher Kollisionen, da an die Stelle eines gemeinschaftlichen Projekts, an dem eine ganze Berufsgruppe beteiligt war, nun einzelne Personen getreten sind, die ihre gute Fachlichkeit in Konkurrenz zu anderen unter Beweis stellen (müssen).

5.5 Akademisierung und Professionalisierung der Pflegeberufe im Verlauf

Bei der Diskussion der Veränderungen im Gesundheitswesen und im Bildungssystem geht es nicht nur darum, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Professionalisierungsprojekts *Pflege* darzulegen, sondern vielmehr sind diese Analysen wichtig, um zu zeigen, wie sehr das Projekt mit diesem Wandel verwoben und vielleicht sogar dessen integraler Bestandteil ist. Die endgültige Akademisierung und die damit einhergehende Verbreitung des Professionalisierungsbestrebens fanden zeitgleich mit der forcierten Ökonomisierung des Gesundheitswesens in den 1990er-Jahren statt. Dies ist an einer langen Reihe von gesetzlichen Reformvorhaben ablesbar und war nur möglich unter den Vorzeichen dieses neoliberalen Wandels.

Die Etablierung von mehr als 40 Pflegestudiengängen, vorwiegend an Fachhochschulen in der Zeit von 1989 bis 1995 (vgl. Löser, 1995), war geprägt von der beginnenden Transformation des Gesundheitswesens, die mit den „Gesundheitsstrukturreformen" von 1988 bis 1995 eingeleitet wurde. Das Gesundheits-Reformgesetz von 1988 sollte die Effektivität und Effizienz steigern und erste marktwirtschaftliche Elemente mithilfe von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen einführen (vgl. Deppe, 2000, S. 107 ff.). Zudem wurden erstmals private Pflegedienste als Vertragspartner der Krankenkassen anerkannt. Das Gesundheits-Strukturgesetz von 1992 brachte weitere Veränderungen, um Markt und Wettbewerb in das System einzuführen (vgl. Deppe, 2000, S. 109–121). Außerdem führte es vorübergehend (bis zum erneuten Reformgesetz 1997) eine an Patientenbedürfnissen ausgerichtete Personalbedarfsermittlung für die Pflege in den Krankenhäusern ein. Zum 1. Januar 1995 trat dann das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft, das der ambulanten Pflege einen großen Auftrieb gab: Erstmals wurden private Anbieter den frei-gemeinnützigen

gleichgestellt, Qualität, Organisation und Verfahren der ambulanten Versorgung zum ersten Mal gesetzlich geregelt (vgl. Strünck, 2000). Auch das Gesetz von 1999 folgte dem eingeschlagenen Weg. Die Gesetze, mit denen das Gesundheitswesen seit 2000 weiter auf den Weg ökonomischer Leitlinien gebracht werden sollte, so die sogenannten Reformen der Jahre 2002, 2003, 2007, 2010 und 2011, sind darauf ausgerichtet, einen Zusammenhang zwischen dem gesundheitspolitischen Globalziel und den individuellen Handlungsrationalitäten herzustellen. Damit erreicht die ökonomische Überformung immer neue Dimensionen (vgl. Gerlinger/Schönwälder, 2012).

Parallel zu diesen Entwicklungen wurde das Professionalisierungsprojekt der Pflege vorangetrieben und zugleich modifiziert. Während Ende der 1980er- und Anfang der 1990er-Jahre dieses Projekt – zumindest bei den beruflichen Eliten und einigen Verbänden – unter den Vorzeichen einer ständischen Professionsentwicklung stand, veränderte sich der Professionalisierungsdiskurs spätestens ab Mitte der 1990er-Jahre deutlich. Zumindest bei den wissenschaftlichen Eliten geriet das Streben nach der Erlangung des Status einer Profession immer weiter in den Hintergrund, und zwar zugunsten von Professionalisierung, wenn nicht gar von Professionalität, also des qualitativ guten pflegerischen Handelns (vgl. Krampe, 2011, S. 32; vgl. Krampe, 2014, S. 185).

Dieser Wandel erklärt sich mit multiplen Ursachen, die jeweils eng verknüpft sind mit den Folgen der fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Bereits die Diskussion um die Zielrichtung der Akademisierung – Akademisierung der traditionellen Weiterbildungen versus grundständige akademische Ausbildung – bezog wirtschaftliche Kalküle ein, nämlich die Überlegung, dass eine akademische Ausbildung für alle Berufsangehörigen an Finanzierungsfragen sowohl im Bildungswesen als auch im Gesundheitswesen scheitern müsste. Allein aufgrund der Anzahl der Berufsangehörigen wurde eine allgemeine Hochschulausbildung von den PflegewissenschaftlerInnen als nicht durchsetzbar erachtet, womit sie wirtschaftliche Argumente gegen ein allgemeines Hochschulstudium vorwegnahmen.[10] Diese (volks-)wirtschaftliche Begründung, die vielleicht auch eine strategische Rationalität zur Legitimation der Akademisierung beinhaltete, zielte auf die hochschulische Ausbildung allein für Eliten innerhalb des Berufs. Da damit ein weitgehender Verzicht auf die Ansiedlung von Pflegestudiengängen an den Universitäten zugunsten von Fachhochschulen einherging, zeigt sich auch hier eine Zurücknahme des Professionsprojekts.

Doch auch in der Legitimierung von Pflegewissenschaft und -forschung findet sich ein deutlicher Bezug auf die neoliberale Umgestaltung des Gesundheitswesens. Wissenschaft, Forschung

10 Ähnliche Überlegungen gehen auch in die jüngsten Überlegungen zur weiteren Akademisierung ein (vgl. WR, 2012; Bund-Länder-Arbeitsgruppe, 2012).

und die akademische Qualifikation von Eliten wird von Anfang an mit wirtschaftlichen Überlegungen begründet: Erst eine wissenschaftlich begründete Pflegepraxis kann effizient und effektiv sein. Die proklamierte unmittelbare Verwertbarkeit von Forschung und Wissenschaft, die im Diskurs der 1990er-Jahre eine bedeutende Rolle spielte, war der Versuch, sich im zunehmend an wirtschaftlichen Prinzipien orientierenden Gesundheitswesen als Kooperationspartner zu positionieren. Von der Durchsetzung wirtschaftlicher Marktregeln schien man sich durchaus Vorteile für die eigene Berufsgruppe oder zumindest für Segmente davon zu versprechen (vgl. Arnold, 2008; Krampe, 2014).Diese Kongruenz mit dem Ökonomisierungsmodell blieb keineswegs auf den wissenschaftlichen Diskurs beschränkt, sondern wirkte sich auf die Gestaltung von Studiengängen und auf die an die Forschung angelegten Anforderungen aus. Der positive Bezug auf die Einführung wirtschaftlicher Prinzipien in der stationären und ambulanten Versorgung prägte nicht allein die Inhalte von Pflegemanagementstudiengängen.

Diese Orientierung schlug sich dann auch im Professionalisierungsdiskurs nieder. Das Konzept des professionellen Handelns, wie es von Weidner (1995) und dann Bartholomeyczik (1996) eingeführt wurde, ermöglichte trotz aller anfänglich kontroversen Diskussionen einen Konsens über das Professionalisierungsprojekt. Dieses Konzept führte ebenso wie im Professionalisierungsdiskurs in der Sozialen Arbeit (Heiner, 2004) zu einer Verabschiedung von allen emanzipatorischen, sozialen und politischen Zielen, die mit der Erreichung des Professionsstatus ursprünglich verknüpft waren. Schließlich berücksichtigen die Theorien des professionellen Handelns, wie sie in der Pflege (vgl. Weidner, 1995, 2003) bekannt gemacht wurden, aber auch in der Sozialen Arbeit vertreten werden (vgl. Heiner, 2004), den Status und die gesellschaftliche Macht der Professionen nicht mehr. Ob der Verzicht auf Auseinandersetzungen innerhalb des Pflegediskurses, indem Machtkämpfe nicht mehr thematisiert wurden, einer realistischeren Einschätzung der Kräfteverhältnisse im Gesundheitswesen oder auf den Ökonomisierungsdruck zurückzuführen ist, ist nicht einfach zu entscheiden. Bei offensichtlich immer kleiner werdenden Handlungsspielräumen und zunehmenden Anforderungen an Effizienz und wirtschaftliche Rationalität beschränkte sich die Professionalisierungsforderung schließlich auf das mit der neu eingeführten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen kompatible Desiderat des fachlich guten Arbeitens. Das Konzept von Professionalisierung wurde auf ein Instrument des Qualitätsmanagements reduziert und diente vor allem dem reibungslosen Funktionieren der Institution und selten der subjektiven Arbeitszufriedenheit. Ansprüche auf Eigenständigkeit, Autonomie und Emanzipation flossen darin nicht mehr ein.

Die aktuell weiter geführte Diskussion in der Pflege, die sich mit Fragen der Professionalisierung beschäftigt, nimmt die Forderungen der 1990er-Jahre kaum noch auf. Sie beschäftigt sich ausschließlich mit dem professionellen Handeln, und zwar zunehmend in der Logik eines ökonomisierten Gesundheitswesens. So sieht Stemmer (2002) trotz ihrer Kritik an den negativen Auswirkungen in der Durchsetzung von mehr Transparenz von Leistungen und Qualität positive Auswirkungen auf den Professionalisierungsprozess der Pflege. Ihrer Meinung nach wird damit auch der Beitrag der Pflege für die Gesundheitsversorgung sichtbar gemacht. In ähnlicher Weise interpretiert Schwerdt (2003, S. 183) die rationelle Gestaltung von Pflegehandlungen unter Zeitdruck als eine „konstitutive Anforderung an eine Profession". Dagegen macht Cassier-Woidasky (2007, S. 30 ff.) darauf aufmerksam, dass alle Ansätze der Qualitätssicherung und -entwicklung professionsrelevante Fragen vollständig ignorieren. Damit wird deutlich, dass Qualitätsmanagement nicht der Förderung von Professionalisierungsprojekten dienen kann (vgl. auch Bröckling, 2000).

Darüber hinaus prognostiziert auch der Teil des Professionsdiskurses, der sich stärker mit der akademischen Ausbildung beschäftigt, die zum einen ein Indiz für die Erreichung des Professionsstatus sein kann und zum anderen die Voraussetzungen für professionelles Handeln schaffen könnte, kaum ein Gelingen der Professionalisierung. Bollinger et al. (2006, S. 89) und Kälble (2006, S. 229) gehen nicht davon aus, dass die Akademisierung, vor allen Dingen unter den Vorzeichen des Bologna-Prozesses, eine Professionalisierung vorantreiben wird. Angesichts dieser Analysen verwundert es nicht, wenn sich die Professionsforschung in der Pflege zunehmend mit einer Verbesserung individueller Pflegeleistungen und Pflegehandlungen auseinandersetzt (vgl. Cassier-Woidasky, 2007). Aber Professionalisierung im Sinne von Statuserweiterung ist in dem neu geordneten Gesundheitswesen (vgl. Kap. 5.2) nicht mehr kompatibel. Von dem groß angelegten Projekt bleibt also nur noch die Akademisierung übrig, deren aktuelle Entwicklungen, wie im Hinweis auf Bollinger et al. und Kälble (2006) angesprochen, nicht gerade viel versprechend sind.

5.6 Aktuelle Entwicklungen der Akademisierung

In Kapitel 5.3 wurde auf einer allgemeinen Ebene dargelegt, wie sehr sich das Hochschulstudium nach der Bologna- und der Strukturreform des Hochschulwesens verändert hat. Der Zwang zum zweistufigen Studium und die Einführung der sogenannten autonomen Mittelverwaltung haben u. a. zu drei wesentlichen Änderungen geführt:

1) einer inflationären Zunahme von Studiengängen (HRK, 2013, S. 7 f.), die den Fachhochschulen – heute Hochschulen für angewandte Wissenschaften – zur Profilbildung dienen, während die Universitäten dies vor allem über die Herausbildung von Exzellenz-Clustern und Drittmittelforschung (vgl. Brüchert, 2010, S. 41 f.) erzielen müssen;
2) einem Wettbewerb in Bezug auf die Anhebung der Studierendenzahlen, um neuen Zielgruppen ein Studium zu ermöglichen;
3) einer stärker praxisorientierten, also berufsbefähigenden Ausbildung. Diesen veränderten Studienbedingungen entsprechen die Professionalisierungswünsche unterschiedlicher Berufsgruppen als auch die Anforderungen von Unternehmen und Institutionen an eine wissenschaftlich qualifizierte Arbeitnehmerschaft, die den veränderten Bedingungen in den Betrieben angepasst ist (vgl. Kap. 5.2). Daraus erklärt sich auch die Zunahme von dualen und/oder ausbildungsintegrierten Studiengängen in allen Disziplinen, mit denen Teile der traditionellen dualen Ausbildung faktisch auf Hochschulniveau transponiert werden.

Betrachten wir diese Entwicklungen nun in Bezug auf die Pflegestudiengänge und die Bedeutung der Akademisierung als Weg zur Professionalisierung. Allein die Tatsache, dass im Gesundheitsbereich heute ungefähr 300 Studiengänge (vgl. Borgetto/Kälble, 2007, S. 144) existieren, zeigt, dass eine Hochschulausbildung kein Alleinstellungsmerkmal oder einen Schritt hin zu Profession darstellt, sondern vielmehr zur Voraussetzung für einfache und mittlere Führungsaufgaben geworden ist. Darüber hinaus beinhaltet diese Akademisierung, die in der Pflege bis vor wenigen Jahren fast ausschließlich für „white collar"-Tätigkeiten qualifizierte, eine zunehmende Konkurrenz zu AkademikerInnen anderer Gesundheitsberufe (vgl. Bollinger et al., 2006, S. 88). Eine Professionalisierung im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Praxis war damit nicht zu erreichen. Somit konstatierten Bollinger et al. (2006) auch, dass unter diesen Akademisierungs-Bedingungen von einer Professionalisierung der Pflege nicht die Rede sein konnte (ebd., S. 89).

Allerdings darf nicht verschwiegen werden, dass sich in den Jahren seit Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes von 2004 einiges geändert; denn nun „kann die Ausbildung an Hochschulen erfolgen" (§ 4 Abs. 4 S. 4 KrpflG). Es wurde damit ein grundständiges Pflegestudium an den Hochschulen möglich, das es bis dahin nur an den hessischen Fachhochschulen gegeben hatte. Die Studiengänge an Fachhochschulen in anderen Bundesländern waren ausnahmslos weiterqualifizierende Studiengänge, die eine Berufsausbildung voraussetzten und insbesondere für

das Management oder die Lehre in Krankenpflegeschulen qualifizierten. Die Vorstellung, dass auch die Grundausbildung in der Pflege an einer Hochschule erworben werden sollte, lag bereits den Professionalisierungsvorstellungen der 1990er-Jahre zugrunde. Die wissenschaftliche Qualifikation aller Berufsangehörigen wurde als notwendige Voraussetzung für den Erfolg des Professionalisierungsprojekts gesehen. Diese ist auch jetzt nicht beabsichtigt. So schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten (2007) in einem Exkurs unterschiedliche Modelle gestufter Ausbildungsgänge vor, wie sie zum Teil aus den Pflegeorganisationen selbst, aber auch von anderen Institutionen entwickelt wurden (2007, 2.7.4). Auch der Wissenschaftsrat (2012) geht nicht davon aus, dass alle Angehörigen der Pflegerufe eine Hochschulqualifikation benötigen, sondern nennt eine „Akademisierungsquote zwischen 10 und 20 %“ (ebd., S. 85). Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe geht 2012 ebenfalls von gestuften Ausbildungswegen aus, wobei sie feststellt, dass die dreijährig ausgebildeten „Pflegefachkräfte die stärkste Säule im Berufsfeld der Pflege bilden müssen“ (ebd., S. 4). Auch im Pflegebereich selbst geht man allgemein davon aus, dass eine zahlenmäßig begrenzte Gruppe von Pflegenden einen Hochschulabschluss benötigt. In der Folge werden gestufte Qualifikationswege in Anlehnung an das Konzept der Robert Bosch Stiftung (2000) propagiert. Der alle Bereiche umfassende Konsens, Pflegende mit Bachelorabschluss seien für die direkte Arbeit mit PatientInnen zu „gut“, vor allem zu teuer, steht einer allgemeinen Professionalisierung in der Pflege entgegen.

Es steht aber nicht nur die quantitative Begrenzung des Zugangs zum Studium einer Professionalisierung entgegen, sondern vielmehr die sich seit einigen Jahren abzeichnende Organisation von grundständigen Pflegestudiengängen. Bis zur Umsetzung der oben genannten Modellklausel von 2004 gab es an den Hochschulen, mit der Ausnahme von Hessen, keine Studierenden, die nicht über einen Berufsabschluss in der Pflege oder verwandten Berufen verfügten. In Hessen wurde den Studierenden ohne Berufsabschluss die Möglichkeit geboten, im Anschluss an das Studium in einer verkürzten Ausbildung diesen Abschluss nachzuholen. Mit der Option des KrPflG von 2004, dass die Ausbildung auch an Hochschulen stattfinden kann, wurden bundesweit Modelle entwickelt, die einen Berufs- und Studienabschluss beinhalteten. Zu Erreichung dieses Ziels gibt es zwei unterschiedliche Organisationsformen, das ausbildungsintegrierte Studium und das primärqualifizierende Studium in der dualen Form. Stöcker und Reinhardt zählten 2012 bereits 37 solcher Pflegestudiengänge in Deutschland. Davon ist in 29 Fällen die Ausbildung so mit dem Studium verzahnt, dass das Studium parallel zur Ausbildung beginnt und nach dem Ausbildungs-

abschluss fortgesetzt werden kann. An fünf Hochschulen ist die Ausbildung komplett in das Studium integriert: Mit dem Bachelorabschluss wird gleichzeitig auch der Berufsabschluss erreicht. An den drei hessischen Hochschulen kann weiterhin nach Abschluss des Studiums innerhalb eines Jahres der Berufsabschluss zusätzlich erworben werden (vgl. Stöcker/Reinhardt, 2012).

Angesichts der Tatsache, dass die Krankenpflegeschulen, an denen bis heute die Pflegelizenz erworben werden kann, nun in die 29 „grundständig pflegeausbildenden Studiengänge" in Deutschland einbezogen sind, muss an die Kritik des Pflegeausbildungssystems, die insbesondere von ver.di und dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) seit vielen Jahren geäußert wird, erinnert werden: Die Krankenpflegeausbildung wird in zwölf Bundesländern außerhalb des Berufsbildungsgesetzes durchgeführt. Sie entspricht nicht den Standards der dualen Ausbildung, in der auf der einen Seite der theoretische Unterricht in einer öffentlichen Berufsschule und auf der anderen Seite die praktische Ausbildung in jeweils unterschiedlichen Betrieben stattfindet. Angehende Pflegende erhalten ihren theoretischen Unterricht hingegen in Krankenpflege- oder Gesundheitsschulen, deren Träger zugleich der Träger des Krankenhauses ist, in dem sie ihre praktische Ausbildung erhalten. Die Trennung von der schulischen und praktischen Ausbildung gilt als ein zentrales Merkmal der Verberuflichung von Tätigkeiten, da sie eine Qualifikation unabhängig von den Interessen der jeweiligen Arbeitgeber garantierte und dem Anbieter spezifischer Fähigkeiten die Möglichkeit bot, diese auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzubieten (vgl. Beck et al., 1980). Allein deshalb galt die Verberuflichung der Pflege immer als nicht abgeschlossen. Bei allen Einschränkungen, z.B. durch das Krankenpflegesetz und den darin vorgeschriebenen unterschiedlichen Einsatzorten und Prüfungsbedingungen, bleibt im Bereich der Pflege die Verbindung von praktischer und theoretischer Ausbildung bestehen. Mit den neuen berufsausbildenden Studiengängen wird dieser Status festgeschrieben und auf die Hochschulen ausgedehnt. Schließlich können die gegenseitige Anerkennung von Leistungen und damit die Festlegung von Inhalten nur im Konsens mit der Ausbildungsinstitution geregelt werden.

Auf dieses Dilemma hat im Übrigen auch der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen hingewiesen. Er gibt zu bedenken,

> „dass die derzeitige Bindung der praktischen Ausbildung in den primärqualifizierenden Studiengängen an die berufsgesetzlichen Anforderungen, die gleichzeitig für die Ausbildung an berufsbildenden Schulen gelten, hinderlich für den Aufbau wissenschaftlicher Studiengänge ist" (WR, 2012, S. 82).

Seine Empfehlung für primärqualifizierende Studiengänge gegenüber ausbildungsintegrierten begründet er zudem damit,

> „dass das Studium bei primärqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen und mit diesen kooperierenden Praxiseinrichtungen stattfindet und daher dual aufgebaut ist, wohingegen die ausbildungsintegrierenden Studiengänge unter zusätzlicher Einbeziehung der berufsbildenden Schulen einer trialen Struktur folgen" (WR, 2012, S. 82).

Darüber hinaus sieht er die Abtrennung von der Ausbildung als einen wichtigen Faktor für die freiere Gestaltung von Curricula an den Hochschulen (ebd., S. 83). Die Beeinträchtigung der Wissenschaftlichkeit, die der Wissenschaftsrat sieht, wird jedoch von der Bund-Länder-Kommission nicht geteilt. Sie geht im Gegenteil davon aus, dass die Verbindung von Ausbildung und Studium eine tragfähige Lösung ist. Dabei soll der praktische Ausbildungsteil den Vorgaben der beruflichen Ausbildung folgen. Außerdem sollen bis zu zwei Jahre der Ausbildung auf ein Hochschulstudium angerechnet werden können (vgl. WR, 2012, S. 28). In der Gegenüberstellung dieser beiden Konzepte wird offenkundig, dass es sich dabei auch um eine Auseinandersetzung über die Bedeutung von Wissenschaftlichkeit in der beruflichen Qualifikation handelt. Angesichts der aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der Öffnung der Hochschulen für berufliche Qualifizierte beziehungsweise der Anerkennung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen (vgl. KMK, 2008; ANKOM, 2014) lässt sich vermuten, dass die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe die tragfähigeren sein werden, zumal diese auch von den VertreterInnen der entsprechenden Studiengänge und Berufspolitik unterstützt und umgesetzt werden.

5.7 Zusammenfassung

Folgendes lässt sich feststellen: Die Akademisierung der Pflege und die daran geknüpften Erwartungen an die Erreichung des Professionsstatus bzw. einer umfassenden Professionalisierung stehen an einem entscheidenden Wendepunkt. Während man in den 1990er-Jahren noch davon ausgehen konnte, dass die Akademisierung nicht nur dazu beitragen würde, eine wissenschaftliche, wenn nicht theoretische Basis für die Praxis zu begründen, so scheint selbst diese Hoffnung mit der Veränderung der Hochschullandschaft zu verflüchtigen. Auch der Bildungsauftrag im Sinne der Vermittlung von Vernunftfähigkeit und Kritikfähigkeit und die individuelle Selbstbildung als emanzipatorischen Akt, den die Hochschulen erfüllen sollten, geht mehr und mehr verloren. Die Ökonomisierung von Gesundheitswesen und Bildungssektor erfordert von den dort Beschäftigten inzwischen andere Qualitäten als in den 1990er-Jahren, sodass sich das aktuelle Szenario kaum noch an diesen inzwischen antiquierten Vorstellungen messen lassen kann. Damit werden auch

die Konzepte von Profession, Professionalisierung und die Erwartungen an eine akademische Qualifikation auf jeden Fall neu zu konzipieren sein.

Die Weiterentwicklung der Akademisierung, die eine deutliche Reduktion wissenschaftlicher und theoretischer Anteile erwarten lässt, wird sicherlich dazu beitragen, Menschen für ein neoliberal geformtes Gesundheitswesen zu qualifizieren. Deren Professionalität wird sich dann aber wohl eher an Effizienz, Effektivität, Konkurrenzfähigkeit und der Kompatibilität mit dem Qualitätssicherungssystem messen lassen müssen.

Literatur

Abbot, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago: University of Chicago Press.

ANKOM. *Anrechnung.* http://ankom.his.de/know_how/anrechnung (17.09.2014).

Arnold, D. (2008). *„Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!" Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege.* Frankfurt: Mabuse.

Bartholomeyczik, S. (1996). *Pflege zwischen Wissenschaftsanspruch und ritualisiertem Handwerk.* Dr. med. Mabuse (Frankfurt), 21 (3), S. 40–46.

Beck, U./Brater, M./Daheim, H. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse.* Reinbek: Rowohlt.

Bollinger, H./Gerlach, A. (2008). *Professionalität als Kompetenz und Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen.* In: Matzik, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. München-Weinheim: Beltz Juventa, S. 139–178.

Bollinger, H./Gerlach, A./Grewe, A. (2006). *Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit.* In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber, S. 76–92.

Borgetto, B./Kälble, K. (2007). *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem.* Weinheim, München: Juventa.

Bröckling, U. (2000). *Totale Mobilmachung. Menschenführung in Qualitäts- und Selbstmanagement.* In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hrsg.): Gouvernementalität. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt: Suhrkamp, S. 131–167.

Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hrsg.) (2000). *Gouvernementalität. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen.* Frankfurt: Suhrkamp.

Brüchert, O. (2010). *Neoliberale Hochschulpolitik, oder: wie die Hochschulen durch umfassende Etablierung eines Pseudo-Wettbewerbs zugrunde gerichtet werden.* In: Bauer, C./Brüchert, O./Burkhardt, S./Färber, C. et al. (Hrsg.): Hochschule im Neoliberalismus. Kritik der Lehre und des Studiums aus Sicht Frankfurter Studierender und Lehrender. Frankfurt am Main: Goethe Universität, S. 37–44.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012). *Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes*. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (17.09.2014).

Cassier-Woidasky, A.-K. (2007). *Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Daheim, H. (1967). *Der Beruf in der modernen Gesellschaft*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Deppe, H.-U. (2000). *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt: VAS.

Dewe, B. (2006). *Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung*. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber, S. 23–35.

Duales Studium Hessen (2010). *Kriterien*. http://www.dualesstudium-hessen.de/fileadmin/user_upload/Kriterienkatalog_Duales_Studium_Hessen.pdf (17.09.2014).

FAZ (2014). *Computer werden Ärzte ersetzen*. 20.06.2014, S. 17.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago: University of Chicago Press.

Gehrig, T. (2010). *Über die Grenzen der Bildung. Anmerkungen zu ihrem bürgerlichen Charakter*. In: Bauer, C./Brüchert, O./Burkhardt, S./Färber, C. et al (Hrsg.): Hochschule im Neoliberalismus. Kritik der Lehre und des Studiums aus Sicht Frankfurter Studierender und Lehrender. Frankfurt am Main: Goethe Universität, S. 18–28.

Gerlinger, T./Schönwälder; T. (2012). *Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012*. http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72874/etappen?p=0 (17.09.2014).

GKV Spitzenverband (2014). *Mengenentwicklung und Mengensteuerung*. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp (17.09.2014).

Heiner, M. (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hesse, H. A. (1968). *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung*. Stuttgart: Enke.

Höcker, M. (2010). *Unternehmerische Rationalität. Macht, Wissen und Technologien des Selbst im Kontext der Hochschul- und Studienstrukturreform*. Dortmund : Universitätsbibliothek Technische Universität Dortmund. Online-Ressource.

HRK – Hochschulrektorenkonferenz (2013). *Statistische Daten zu Studienangeboten an Hochschulen in Deutschland. Studiengänge, Studierende, Absolventinnen und Absolventen Wintersemester 2013/2014*. Bonn: HRK.

Kälble, K. (2006). *Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess*. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber, S. 213–233.

Kapfinger, E./Sablowski, T. (2010). *Bildung und Wissenschaft im Kapitalismus*. In: Bauer, C./Brüchert, O./Burkhardt, S./Färber, C. et al (Hrsg.): Hochschule im Neoliberalismus. Kritik der Lehre und des Studiums aus Sicht Frankfurter Studierender und Lehrender. Frankfurt am Main: Goethe Universität, S. 5–17.

Krampe, E.-M. (2011). *Entwicklung der Profession Pflege. Professionelles Handeln in der Pflege. Studienbrief der Hamburger Fernfachhochschule: Health Care Studies – Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege.*

Krampe, E.-M. (2014). *Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung.* In: Manzei, A./Schmiede, R. (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Heidelberg: Springer VS S. 179–197.

Krautz, J. (2007). *Ware Bildung. Schule und Universität unter dem Diktat der Ökonomie.* Kreuzlingen/München.

Krautz, J. (2009). *Bildung als Anpassung? Das Kompetenz-Konzept im Kontext einer ökonomisierten Bildung.* Fromm Forum 13/2009. S. 7–100.

Kühn, H. (2004). *Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung.* In: Elsner, G./Gerlinger, T./Stegmüller, K. (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA-Verlag, S. 25–41.

KMK – Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2008). *Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium (II).* http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2008/2008_09_18-Anrechnung-Faehigkeiten-Studium-2.pdf (17.09.2014).

Kumar, A./Schoenstein, M. (2013). *Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 64, OECD Publishing.* http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/managing-hospital-volumes-germany-and-experiences-from-oecd-countries_5k3xwtg2szzr-en#page1 (17.09.2014).

Landenberger, M. (1998). *Innovatoren des Gesundheitssystems. Dezentrale Handlungspotentiale von Pflegeorganisationen und Pflegeberufen durch die Gesundheitsreformgesetzgebung.* Bern u. a.: Hans Huber.

Löser, I. (1995). *Pflege studieren. Der Akademisierungsprozess in den Pflegeberufen am Beispiel hessischer Pflegestudiengänge.* Frankfurt: Mabuse.

Macdonald, K. M. (1995). *The sociology of the Professions.* London u. a.: Sage Publications.

Nittel, D. (2002). *Professionalität ohne Profession?* In: Kraul, M./Marotzki, W./Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 253–286.

Oevermann, U. (2002). *Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns.* In: Kraul, M./Marotzki, W./Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 19–63.

Pundt, J. (2006). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Einstimmung in das Thema.* In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber, S. 7–20.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung.* Stuttgart, New York: Schattauer.

Schaeffer, D. (1998). *Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen.* Pflege und Gesellschaft, 3 (4), S. 6–10.

Schmidbaur, M. (2002). *Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000.* Königstein/Taunus: Ulrike Helmer.

Schmidt-Semisch, H. (2000). *Selber schuld. Skizzen versicherungsmathematischer Gerechtigkeit.* In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hrsg.): Gouvernementalität. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt: Suhrkamp, S. 131–193.

Schütze, F. (1984). *Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung*. In: Lippenmeier, N. (Hrsg.): Beiträge zur Supervision. Bd. 2, Kassel.

Schwerdt, R. (2003). *Editorial. Pflege wird zur Profession*. Pflege (Bern), 16., S. 182–183.

Sidki-Lundius, C. (2009). *Neue Berufe in einer Wachstumsbranche*. Hamburger Abendblatt, 31.01.2009. http://www.abendblatt.de/ratgeber/extra-journal/article148946/Neue-Berufe-in-einer-Wachstumsbranche.html (17.09.2014).

Slotala, L. (2011). *Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

SVR– Sachverständigenrat (2007). *Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Drucksache des Deutschen Bundestags 16/6339 vom 07.09.2007.* http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf (17.09.2014).

Steinert, H. (2005). *Die Universitätsreform der Gegenaufklärung*. http://www.links-netz.de/K_texte/K_steinert_uni.html (17.09.2014).

Stemmer, R. (2002). *Die Zukunft der Pflege zwischen Ökonomisierung und (De-)Professionalisierung. PR-Internet,* 4 (4), S. 82–91.

Stöcker, G./Reinhart, M. (2012). *Grundständig pflegeausbildende Studiengänge in Deutschland*. Berlin: DBfK. http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse_grundst__ndig.pdf (17.09.2014).

Strünck, C. (2000). *Pflegversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutio-neller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse*. Opladen: Leske + Budrich.

Unschuld, P. U. (2014). *Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin*. 3. Aufl., München: Beck.

Wanek, V. (1994). *Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt/M.: VAS.

Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt: Mabuse.

Weidner, F. (2003). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. 2. Auflage, Frankfurt: Mabuse.

Wismar, M. (1996). *Gesundheitswesen im Übergang zum Postfordimsus*. Frankfurt: VAS.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (17.09.2014).

6 Strukturen, Orientierungen und neuere Entwicklungen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege

Stand und Perspektiven

MATHIAS BONSE-ROHMANN

Dass die berufliche Bildung der Gesundheitsfachberufe, also deren Aus-, Fort- und Weiterbildung, in zwei, inzwischen sogar eher drei parallelen Bildungssystemen stattfindet, ist zwar nur teilweise neu, angesichts der erkannten und mehrfach beklagten Heterogenität jedoch keineswegs als „systematisch und geordnet" zu bezeichnen.
Analog zu dieser unbefriedigenden Situation beruflicher Bildungsprozesse in einer Sonderstellung der Schulen (und Betriebe) des Gesundheitswesens parallel zum öffentlichen Dualen System beruflicher Bildung, stellen sich mit Blick auf die neuen dualen Studiengänge innerhalb (oder ggf. nur im Übergang) des tertiären Systems auch Fragen nach der ebenfalls äußerst heterogenen Lehrerbildung der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, zugleich aber auch nach dem akademischen Nachwuchs an den Hochschulen.
Für die Lehrerbildung dieser beruflichen Fachrichtungen ist zu klären, inwiefern die Strukturen der Bachelor- und Masterstudiengänge nicht nur Herausforderungen darstellen, sondern auch neue Chancen eröffnen, wobei insbesondere die neuere Lehrerbildung an (Fach-)Hochschulen profitieren könnte. Analog ist zu diskutieren, inwiefern wichtige Impulse von den neuen Studienstrukturen und zunehmenden Promotionsmöglichkeiten der häufig kritisierten Bologna-Reform auch auf die traditionelle universitäre Lehrerbildung in entsprechenden Kooperationsmodellen ausgehen könnten.

6.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Dass die berufliche Bildung der Gesundheitsfachberufe, also deren Aus-, Fort- und Weiterbildung in zwei, inzwischen sogar eher drei parallelen Bildungssystemen stattfindet, ist nicht neu, angesichts der lange erkannten und beklagten Heterogenität und Defizite (vgl. Bonse-Rohmann, 2011; Bischoff-Wanner/Reiber, 2008; Bals, 2004; Manstetten/Bonse-Rohmann, 1992; Bals, 1990), jedoch keineswegs als hinreichend „systematisch und geordnet" zu bezeichnen. Innerhalb der seit mindestens zwei Dekaden beobachtbaren und aus Sicht des Autors grundsätzlich zu befürwortenden Aufbruchsstimmung in Richtung einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe einschließlich der Akademisierung der entsprechenden Lehrerbildung entstehen auch Konzepte, die im traditionellen berufsbildenden Schulsystem wenig anschlussfähig und auch nur bedingt

nutzbar sind. Sie werden dem Anspruch einer tatsächlichen Akademisierung nur unvollständig oder gar nicht gerecht.

Einleitend wird zunächst die nicht unproblematische Ausgangslage paralleler und teilweise konkurrierender beruflicher und hochschulischer Bildungssysteme skizziert. Daraus resultiert und begründet sich die Zielsetzung einer Orientierung an der „Normalität“ der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl im Bereich der Gesundheitsfachberufe als auch im Bereich der hochschulischen Qualifizierung von Lehrkräften für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. Es folgt ein Überblick über Struktur und Inhalte der nachfolgenden Kapitel.

Wichtig erscheint der terminologische Hinweis, dass nicht erst der Wissenschaftsrat den Begriff Gesundheits*fach*berufe begründet hat (WR, 2012, S. 11 f.). Bals hat diesen Begriff bereits 1990 ausführlicher diskutiert, um die fachliche Expertise dieser Berufe (auf dem Niveau von *Fach*angestellten oder *Fach*arbeiter/-innen) zu betonen. Er wandte sich damit gegen negative Definitionen (wie z. B. nicht ärztliche Gesundheitsberufe) oder Begriffe, die einen unselbstständigen Helferstatus evozieren (Heilhilfsberufe). Zugleich wurde damit auch der Stellenwert dieser Berufe im Vergleich zu den traditionell akademischen Gesundheitsberufen (Ärzten/-innen, Apotheker/-innen, Zahnärzten/-innen) definiert (vgl. Bals, 1990, S. 12 ff.).

6.1.1 Ausgangslage

Bemerkenswert ist, dass die Parallelität von inzwischen drei berufsbildenden Systemen den jeweiligen Lernenden, den Beschäftigten und mitunter sogar den Lehrenden meist nur bezogen auf das jeweils vertraute System bekannt ist, sodass dieser Ausschnitt als normal wahrgenommen bzw. für die einzige und richtige Wirklichkeit gehalten wird. Dies ist drei Jahrzehnte nachdem Meifort/Paulini (1984) auf starke inhaltliche Ähnlichkeiten und bildungsrechtliche bzw. bildungsorganisatorische Unterschiedlichkeiten in der beruflichen Ausbildung hingewiesen haben und Bals die Lehrerbildung (neben einem Versuch zur Systematisierung der Gesundheitsfachberufe) ebenfalls bereits Anfang der 1990er-Jahre (vgl. Bals, 1990; 1993) gründlich aufgearbeitet hat, zumindest als erstaunlich zu bezeichnen. Damit werden einleitend für ein breiteres Verständnis der Entwicklungen kurze Exkurse notwendig, um die Ausgangslage zumindest grob zu skizzieren und den aktuellen Stand in den folgenden Kapiteln zu vertiefen.

Nur ein Teil der gesundheitsberuflichen Bildung findet im traditionellen und bildungspolitisch immer wieder als besonders erfolgreich bezeichneten *Dualen System der beruflichen Bildung* (vor allem die der Medizinischen, Zahnmedizinischen und Tiermedizinischen Fachangestellten und

die einiger Gesundheitshandwerksberufe) statt. Innerhalb des Dualen Systems wird durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) und die Handwerksordnung (HWO) die Kooperation betrieblicher (praktischer) Ausbildung unter Aufsicht der Kammern und schulischer (theoretischer) Ausbildung unter Aufsicht der Kultusministerien (Schulgesetze und Rahmenrichtlinien der Bundesländer) für die beiden dualen Lernorte geregelt. Für die hier interessierende Lehrerbildung bedeutet das, dass die Lehrkräfte für das Lehramt an berufsbildenden Schulen der (beruflichen) Fachrichtungen Gesundheit und Pflege – wenn auch mit einer erst relativ kurzen Tradition – bundesweit ganz überwiegend an Universitäten ausgebildet werden. Nicht nur für die Einrichtung bzw. noch immer für die Genehmigung dieser universitären Lehrerbildung, sondern auch für den anschließenden Vorbereitungsdienst (Referendariat) und die Lehrerfortbildung sind die Kultusministerien zuständig und somit direkt oder zumindest indirekt an der gesamten dreiphasigen (klassischen) Lehrerbildung maßgeblich beteiligt.

Für einen nicht nur zahlenmäßig bedeutenden Anteil der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe nach sogenannten Berufszulassungsgesetzen gilt hingegen, dass diese an Schulen des Gesundheitswesens (auch als „Schulen besonderer Art“ bezeichnet) ausgebildet werden. Für diese Schulen (z. B. für die Pflegeberufe in der Mehrzahl der Bundesländer) sind die Sozial-, Gesundheits- und ggf. auch Arbeitsministerien rechtlich und administrativ zuständig, wobei die sogenannten Pflegeschulen oftmals den entsprechenden öffentlichen oder konfessionellen Trägern der Gesundheitseinrichtungen (z. B. Krankenhäusern) unterstellt sind. Eine tatsächliche Dualität der Zuständigkeiten, Institutionen und Lernorte wird also, trotz vermeintlich ähnlicher Strukturen wie im klassischen dualen System der beruflichen Bildung, nicht eingelöst. Allerdings ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Altenpflegeausbildung und seltener auch die Krankenpflegeausbildung, in einzelnen Bundesländern unter Aufsicht der Kultusministerien erfolgen und somit an den öffentlichen berufsbildenden Schulen stattfinden. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass vor allem die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (Physio- und Ergotherapie, Logopädie) und auch die diagnostischen und pharmazeutischen Gesundheitsfachberufe (MTA-L, MTA-R, PTA) traditionell an privaten, zugleich jedoch staatlich anerkannten Ersatz- und Ergänzungsschulen ausgebildet wurden bzw. auch anteilig noch ausgebildet werden (vgl. Bals, 2004).

Mit Blick auf die Frage der Lehrerbildung sind somit folgende erste Feststellungen zu treffen: Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegeberufe wurde bis zur Novellierung des Krankenpfle-

gegesetzes (vom 16. Juli 2003, BGBl. I, S. 1442) überwiegend von Medizinern/-innen[1] als i. d. R. nur fachliche Experten/-innen und ferner von beruflich weitergebildeten, also nicht akademisch qualifizierten Unterrichtsschwestern und -pflegern erbracht. Dies entsprach und entspricht in einigen Bereichen der gesundheitsberuflichen Bildung noch immer nicht den bundesdeutschen Standards beruflicher Bildung nach dem BBiG. Die genannten Lehrenden wurden in den vergangenen 10 bis 15 Jahren zunehmend (aber immer noch unvollständig) durch Lehrkräfte ersetzt, die seit ca. 1995 vorrangig an Fachhochschulen qualifiziert werden. Dies gilt primär für die pflegeberufliche Bildung, während entsprechende formale gesetzliche Anforderungen der Bundesländer an eine akademische Qualifikation für den Unterricht in therapeutischen Gesundheitsfachberufen noch nicht analog umgesetzt sind (vgl. Klemme, 2011).

Die Entwicklung einer i. d. R. nur eine berufliche Fachrichtung (hier Pflege, seltener Gesundheit) umfassenden und als einphasig zu kennzeichnenden Lehrerbildung an Fachhochschulen ist noch immer erklärungsbedürftig. Sie findet bei den Kultusministerien, Bezirksregierungen und öffentlichen berufsbildenden Schulen erst seit Kurzem – und das offensichtlich unter dem Vorzeichen eines erheblichen Lehrermangels für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege – zunehmend Aufmerksamkeit und eine zögerliche Akzeptanz, da diese i. d. R. nicht unmittelbar mit den klassischen Strukturen der Lehrerbildung und deren traditionellen Ausbildungseinrichtungen (Universitäten, Studienseminare) übereinstimmt.

Als Ausgangspunkt jüngerer Entwicklungen der beruflichen Erstausbildung, die überwiegend im Rahmen von Kooperationen von i. d. R mehreren Schulen des Gesundheitswesens und zumeist einer (Fach-)Hochschule stattfinden, sind zunächst die sogenannten *Dualen Studiengänge* kurz zu skizzieren. Das Ziel solcher höchst unterschiedlichen Kooperationsmodelle ist auf den ersten Blick sehr attraktiv, da sie sowohl einen ersten berufsbildenden Abschluss mit staatlicher Anerkennung vergeben (mit der durch das jeweilige Berufszulassungsgesetz geschützten Berufsbezeichnung) als auch parallel einen hochschulisch verantworteten Bachelorabschluss umfassen.

Dabei werden beide Bildungsgänge, d. h. die berufliche Ausbildung und das hochschulische Bachelorstudium, i. d. R. nicht mehr vollständig getrennt und nacheinander, sondern zumindest teilweise überlappend absolviert, sodass sich die Gesamtdauer dieser eine Berufsausbildung integrierenden dualen Studiengänge verkürzt. Sie schließen insgesamt nach dreieinhalb, vier, viereinhalb oder auch erst nach fünf Jahren ab. Für den hier zentralen Aspekt der Lehrerbildung sind zunächst drei Besonderheiten festzustellen:

---

1 Meist an der Pflegeschule des betreffenden Krankenhauses

1) Die Dualen Studiengänge zielen ausdrücklich nicht auf eine Ausbildung von Lehrkräften, da sie i. d. R. weder bildungswissenschaftliche Inhalte noch gar ein zweites (Unterrichts-) Fach berücksichtigen.
2) Aussagen über die akademische Qualifikation des Personals der beteiligten Hochschulen sind meist öffentlich zugänglich bzw. auf den Websites dieser Hochschulen ausgewiesen. Hingegen fehlt es häufig an belastbaren Aussagen über die vorhandene (oder ggf. auch fehlende) hochschulische Qualifikation der Unterrichtenden in den jeweils kooperierenden Schulen des Gesundheitswesens (vgl. Lehmeyer/Schleinschok, 2011).
3) Hinsichtlich einer substanziellen akademischen Qualifikation ist festzustellen, dass die teilweise erheblich verkürzten dualen Studiengänge, nicht selten ohne Grundlage eines wissenschaftlich fundierten Anrechnungsverfahrens, eine ebenso pragmatische wie unzulässige Anrechnung von beruflichen Kompetenzen vornehmen. Dabei wird häufig die von der HRK 2002 erstmalig definierte Obergrenze einer Anrechnung von 50 % vorgängigen Lernens auf das gesamte Studium ungeprüft und bedenkenlos ausgeschöpft.

Allerdings ist einzuräumen, dass die Konstruktion und Organisation der inzwischen ca. vierzig Dualen Studienangebote im Bereich der pflegerischen und zunehmend auch der therapeutischen Gesundheitsberufe höchst unterschiedlich ausfallen. Notwendig wäre es, diese einzeln kritisch zu würdigen, also nicht pauschal abzulehnen.

6.1.2 Zielsetzung, Fragestellungen und Strukturierung

Die einleitend skizzierte Ausgangslage ist mit Blick auf die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die ebenfalls nicht abgeschlossene Entwicklung einer systematischen Akademisierung der Lehrerbildung für berufliche Schulen auch vor dem Hintergrund der inzwischen seit 15 Jahren stattfindenden Umsetzung der Bologna-Reform zu betrachten, also der Einführung einer Bachelor-Master-Studienstruktur., Dabei soll hier nicht (wie häufig üblich) deren dritte Stufe, die Promotion, übersehen werden.

Für die Zielsetzung bezogen auf die bislang heterogene Lehrerbildung der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege ist zu klären, inwiefern die Strukturen der Bachelor- und Masterstudiengänge nicht nur Probleme und Herausforderungen darstellen, sondern auch neue Chancen eröffnen. So könnte die bislang eher isolierte oder gar als untypisch wahrgenommene Lehrerbildung an (Fach-)Hochschulen profitieren, sofern sie sich an entsprechenden wissenschaftlichen Qualitätsansprüchen und Standards orientiert. Hierbei ist auch die Frage zu

diskutieren, ob und inwiefern von den neuen Studienstrukturen und den zunehmenden Promotionsmöglichkeiten im Rahmen der Bologna-Reform nicht auch wichtige Impulse ausgehen könnten. Bezogen auf die traditionelle universitäre Lehrerbildung und in geringerem Umfang für die Pädagogischen Hochschulen gilt, dass diese bei der Gewinnung des wissenschaftlichen Nachwuchses von Kooperationsmodellen mit (Fach-)Hochschulen profitieren könnten. Für alle diese traditionsreicheren Hochschultypen stellt sich hinsichtlich der Lehrerbildung die weitere Frage, wie auf die Absolventinnen und Absolventen der neuen, unter der Perspektive einer fundierten akademischen Bildung und verkürzten hochschulischen Sozialisation durchaus nicht unproblematischen dualen Bachelorstudiengänge reagiert werden soll, d. h. ob und ggf. wie ein Übergang aus den dualen Bachelorstudiengängen in lehrerbildende Masterstudiengänge vorstellbar ist.

Damit wird bereits deutlich, dass infolge der Bologna-Reform nicht mehr eindeutig bestimmbar ist, was aktuell unter einer „Normalität der Lehrerbildung" zu verstehen ist. Wenn eine Normierung der Lehrerbildung angesichts der unterschiedlichen Hochschultypen, die inzwischen an der Lehrerbildung beteiligt sind, zumindest nicht im Handstreich möglich erscheint, so sollen hier als Teil der oben ausgewiesenen Zielsetzung die inzwischen in Akkreditierungsverfahren etablierten *Standards der Lehrerbildung: Bildungswissenschaften* (KMK, 2004) sowie das in zweiter Fassung im Herbst 2014 verabschiedete *Basiscurriculum für das universitäre Studienfach Berufs- und Wirtschaftspädagogik* (BWP, 2014) als verbindliche Orientierungen nachdrücklich vertreten werden.

Angesichts der Komplexität der angedeuteten Ausgangslage und der Vielzahl an Zielsetzungen und Fragestellungen wird hier – im Sinne einer Strukturierung – ein kurzer Überblick der folgenden Kapitel gegeben. Die berufliche Bildung in unterschiedlichen, parallelen und teilweise in sich noch zusätzlich heterogenen beruflichen Bildungssystemen, die im Fall der dualen Studiengänge bis in das hochschulische System reichen, ist mit der Frage der Lehrerbildung eng verbunden. Wäre die von einigen Gesundheitsberufen geforderte oder ersehnte vollständige Akademisierung in der Bundesrepublik kurz- bis mittelfristig bildungspolitisch umsetzbar, hätte dies zur Konsequenz, auf jegliche Lehrerbildung für berufliche Schulen radikal zu verzichten. Die Alternative wäre die forcierte Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses für die Hochschulen, die bereits aktuell schon nicht bedarfsgerecht geleistet wird. Entsprechend ist Kapitel 6.2 der „Beruflichen Bildung der Gesundheitsfachberufe" gewidmet, auch um den künftigen Bedarf der Lehrerbildung für diesen Bereich zumindest grob einschätzen zu können. Kapitel 6.3 fokussiert die „Lehrerbildung für Gesundheitsfachberufe". Hier wird es vor allem darum gehen, die Systeme und Strukturen der Lehrerbildung im Kontext der Bologna-Reform differenzierter zu diskutieren. So sollen hier insbesondere die Standards für die Lehrerbildung und aktuelle berufs-

und wirtschaftspädagogischen Empfehlungen reflektiert werden. Im finalen Kapitel 6.4 sollen nach einer *Zusammenfassung* auch kurz die *Perspektiven* einer neuen Lehrerbildung formuliert werden. Dazu zählen z. B. Anforderungen an ein modernes Qualitäts- und Gesundheitsmanagement, Inklusion statt der früher üblichen Benachteiligtenförderung, die Anrechnung beruflicher Kompetenzen und die Förderung von Durchlässigkeit sowie die Stärkung einer empirisch orientierten Berufsbildungsforschung.

6.2 Berufliche Bildung der Gesundheitsfachberufe

Die berufliche Bildung, insbesondere die Ausbildung, sowie anteilig auch die Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe erfordern qualifiziertes pädagogisches Personal. Im Falle der beruflichen Ausbildung der nach BBiG und HWO anerkannten Gesundheitsfachberufe ist schulrechtlich über alle Bundesländer ein i. d. R. universitäres und hinsichtlich der beruflichen Fachrichtung des Unterrichtsfachs und der berufspädagogischen Eignung einschlägiges Hochschulstudium als definierter Standard vorgesehen. Auch für Schulen des Gesundheitswesens bzw. für die nach Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsfachberufe wird – insbesondere im Bereich der Pflegeberufe[2] – ein Hochschulstudium erwartet, wobei es hier vorrangig nur um die berufliche Fachrichtung Pflege geht. Insofern ist auch zu klären, ob diese Berufsausbildungen weiterhin in zwei parallelen Systemen – also in öffentlichen berufsbildenden Schulen nach BBiG und in Schulen des Gesundheitswesens nach Berufszulassungsgesetzen – stattfinden sollten.

6.2.1 Berufliche Erstausbildung an beruflichen Schulen versus grundständige Akademisierung der Gesundheitsfachberufe

Zur Frage einer beruflichen Erstausbildung an berufsbildenden Schulen versus einer grundständigen, primärqualifizierenden Akademisierung hat sich der Wissenschaftsrat (2012) in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ im Dezember 2012 dezidiert geäußert. Hier werden seine maßgeblichen Aussagen zusammengefasst – auch mit Blick auf erste Konsequenzen für die Lehrerbildung der Gesundheitsfachberufe. Grundsätzlich kann bereits einleitend festgestellt werden, dass eine Akademisierung spezifischer Gesundheitsberufe durch den Wissenschaftsrat zwar empfohlen, aber zugleich auch für spezielle Bereiche und Anforderungen kontingentiert wird, sodass weiterhin eine – zahlenmäßig deutlich umfangreiche-

2 Erwartet wird dies bei jeweils bundeslandspezifischen Besonderheiten und Unterschieden hinsichtlich der Spezifität und des Qualifikationsniveaus (Bachelor oder Master) des Hochschulabschlusses.

re – Ausbildung der Gesundheitsfachberufe an berufsbildenden Schulen erfolgt, für die weiterhin entsprechend qualifizierte (d. h. akademisch ausgebildete) Lehrkräfte erforderlich sind.

Zur Begründung der „Empfehlungen zur Qualifizierung für Gesundheitsversorgungsberufe an Hochschulen" formuliert der Wissenschaftsrat:

> „Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Komplexitätszunahme, einer sich verändernden Arbeitsteilung und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden." (WR, 2012, S. 81)

Damit wird explizit nur für *einen Teil* der Gesundheitsfachberufe definiert, dass sie an Hochschulen zu qualifizieren sind. Wichtig erscheint ferner, welche Studienangebote vorrangig angesprochen sind:

> „Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher den Aufbau von grundständigen Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden pflege-, therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses. Dabei spricht sich der Wissenschaftsrat dafür aus, diese neue Studiengänge primärqualifizierend zu gestalten." (WR, 2012, S. 81 f.)

Diese Empfehlungen beziehen sich nicht auf den weiterhin erforderlichen Bereich der Lehrerbildung für die Ausbildung des größeren Anteils der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe an berufsbildenden Schulen. Zudem wird an dieser Stelle der Bachelorabschluss zunächst explizit für eine „unmittelbare Tätigkeit am Patienten für die neuen primärqualifizierenden pflege-, therapie- oder hebammen-wissenschaftlichen Studiengänge" empfohlen.

Mit Blick auf die Frage der Zukunft der an berufsbildenden Schulen qualifizierten Personen soll die hierzu sehr klare Position des Wissenschaftsrats zitiert werden:

> „Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, dass eine hochschulische Ausbildung nicht für alle Angehörigen der Gesundheitsfachberufe erforderlich ist und auch in Zukunft voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. Gerade mit Blick auf den (...) auch quantitativ wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen ist das an berufsbildenden Schulen qualifizierte Personal von zentraler Bedeutung." (WR, 2012, S. 84)

Weitere, auch kritische Einschätzungen zum aktuellen Status der Lehrerbildung für Gesundheitsfachberufe an berufsbildenden Schulen sowie entsprechende Empfehlungen des Wissenschaftsrats sollen an anderer Stelle (Kap. 6.3) diskutiert werden.

Mit Blick auf den an Hochschulen zu qualifizierenden Anteil der Gesundheitsversorgungsberufe werden seitens des Wissenschaftsrats eine Akademisierungsquote und konkrete Richtwerte für die Anzahl primärqualifizierender Studienplatzangebote ausgewiesen:

> „Angesichts des absehbaren Versorgungsbedarfs und des Komplexitätszuwachses in Aufgabenbereichen der Pflege- und Therapieberufe und der Geburtshilfe hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, zwischen 10 und 20 % eines Jahrgangs (...) auf hochschulischem Niveau auszubilden. (...). Das genannte Zielintervall beruht wesentlich auf der Annahme, dass einem typischen multidisziplinären Team aus fünf bis zehn Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören sollte.“ (WR, 2012, S. 85)

Auch wenn der Wissenschaftsrat einräumt, dass es sich bei der empfohlenen Akademisierungsquote lediglich um ein erstes Zielintervall handele, und dass im Prozess die Annahme eines fünf bis zehn Personen umfassenden Teams regelmäßig auf ihre Aktualität geprüft werden müsse, so wundert es doch, dass an dieser Stelle die Rolle der traditionell akademischen Gesundheitsberufe, also Ärztinnen und Ärzte nicht thematisiert wird. Ebenso stellt sich die Frage, aus welchem der Gesundheitsfachberufe diese hochschulisch qualifizierte „Fachkraft“ kommen soll bzw. wer hier für sich die besondere Expertise reklamieren kann. Hierzu ist anzumerken, dass sich der Wissenschaftsrat an anderen Stellen ausführlich zur Frage einer interdisziplinären Ausbildung und künftig als bedeutsam eingeschätzter Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen äußert.

Von Interesse sind die in Tab. 6.1 dargestellten, vom Wissenschaftsrat empfohlenen Zahlen für neu einzurichtende, primärqualifizierende Bachelorstudienplätze im Bereich der Pflegeberufe, der Therapieberufe sowie der Hebammen und Geburtshelferinnen.

	Pflegeberufe	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	Hebammen, Geburtshelfer
Zahl der Absolventinnen und Absolventen an berufsbildenden Schulen	21.000	7.600	500
Zahl der an Hochschulen bereits vorhandenen Studienplätze	600	1.100	100
Bedarf an neuen, zusätzlich einzurichtenden Studienplätzen	2.100–4.800	bis zu 1.075	bis zu 50

Tabelle 6.1: Empfohlene Anzahl neu einzurichtender, primärqualifizierender Studienplätze (WR, 2012 S. 85 f.)

Aufgrund einer hier nicht ausreichend präzisen Berichterstattung musste der Wissenschaftsrat sich auf noch aktuelle Daten (2009–2011) und auf Schätzzahlen beschränken, die in den ersten Kapiteln der Empfehlungen ausgewiesen werden. Mit Blick auf neu einzurichtende Studienplätze wird seitens des Wissenschaftsrats jeweils eine Studienabbruchquote von ca. 20 % berücksichtigt.

Obwohl sich die empfohlenen Zahlen neu einzurichtender Studienplätze insbesondere auf primärqualifizierende, patientenorientierte Studiengänge für Pflegeberufe, therapeutische Gesundheitsfachberufe und den Bereich der Geburtshilfe (jenseits ärztlicher Beteiligungen) beziehen, reichen die Daten aus, um zumindest eine grobe Vorstellung über die Dimensionen der empfohlenen Akademisierungsquote der Gesundheitsfachberufe zu entwickeln.

Wichtig erscheint die Unterscheidung der vom Wissenschaftsrat empfohlenen primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge von den ebenfalls noch recht jungen, seit einigen Jahren umfangreich angewachsenen dualen Studiengängen. So wird vom Wissenschaftsrat

> „das Studium bei primärqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen und mit diesen kooperierenden Praxiseinrichtungen (...) als dual aufgebaut“ bezeichnet, „wohingegen die ausbildungsintegrierenden Studiengänge unter zusätzlicher Einbeziehung der berufsbildenden Schulen einer trialen Struktur folgen“ (WR, 2012, S. 82).

Dieser Einschätzung ist bezogen auf die Lernorte (nicht unbedingt auf deren Trägerschaft) zuzustimmen. Allerdings wird sich die inzwischen etablierte Bezeichnung „Duale Studiengänge“ – trotz des berechtigten Einwands des Wissenschaftsrats und der klareren Abgrenzung dieser faktisch *trialen Studiengänge* gegenüber dem traditionellen System der *Dualen Berufsausbildung* – im Sprachgebrauch wohl nicht mehr korrigieren lassen.

Mit den Studienplatzzahlen für primärqualifizierende Bachelorstudiengänge im Bereich pflegerischer und therapeutischer Berufe wird noch nichts über den Bedarf in weiteren Gesundheitsfachberufen ausgesagt, z. B. über die zahlenmäßig durchaus bedeutsamen Berufe der Medizinischen, Zahnmedizinischen und Tiermedizinischen Fachangestellten, die nach BBiG ausgebildet werden.

Diese beruflich dual ausgebildeten Gesundheitsfachberufe werden auch von Seiten des vom Wissenschaftsrat in Abb. 6.1 der Beschäftigten in Gesundheitsversorgungsberufen (nach den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011) berücksichtigt. An anderer Stelle wird gefordert, deren berufliches Qualifikationsniveau schrittweise anzuheben, wie dies von Landesärzte- (und Landeszahnärzte-)kammern bislang eher vereinzelt praktiziert wird (vgl. WR, 2012, S. 91 f.).

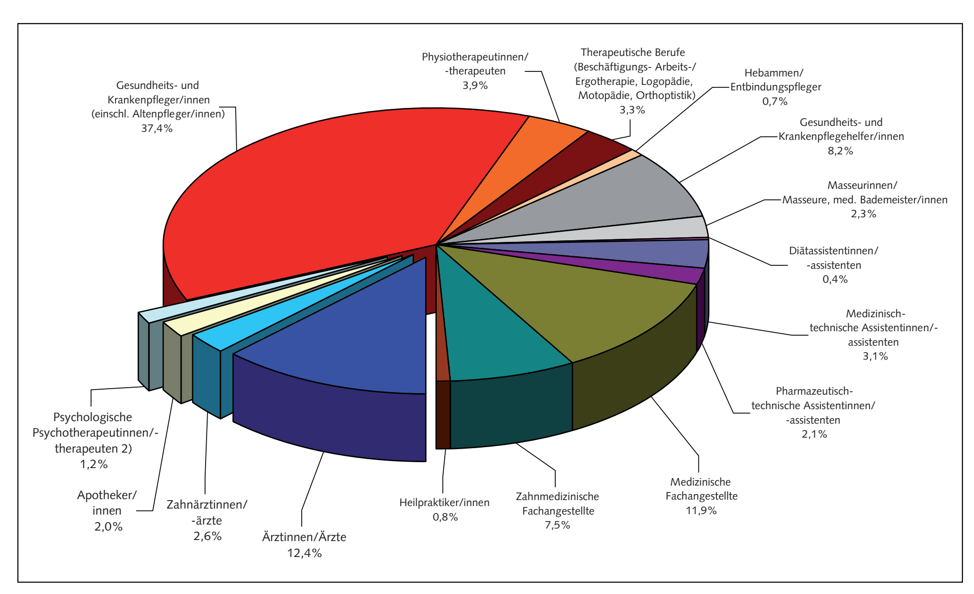


Abbildung 6.1: Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) in Gesundheitsversorgungsberufen nach ihren Anteilen im Jahr 2010 (WR, 2012, S. 22)

Im Folgenden soll es deshalb um die Frage der zu erwartenden Entwicklung von Ausbildungsplätzen an berufsbildenden Schulen (hier: Schulen des Gesundheitswesens) für pflegerische und therapeutische Berufe sowie der Berufe Hebammen und Entbindungspflegerinnen gehen. Im Umkehrschuss werden nämlich 80–90 % von diesen Gesundheitsfachberufen weiterhin schulisch (theoretisch) und praktisch (betrieblich) ausgebildet.

6.2.2 Aktuelle Entwicklung in parallelen beruflichen Bildungssystemen

Ein deutlicher Beleg für die Parallelität des nach BBiG und HWO geregelten beruflichen Bildungssystems (Duales System der beruflichen Bildung i. e. S.) für einen Teil der Gesundheitsfachberufe einerseits, und des beruflichen Systems nach den in Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsfachberufen (an Schulen des Gesundheitswesens) andererseits, zeigt sich im jährlich erscheinenden Berufsbildungsbericht. Dieser liefert Daten für beide berufliche Bildungssysteme, allerdings deutlich getrennt und in unterschiedlicher Aufbereitung. So bezieht sich die Gesamtzahl aller im Jahr 2013 abgeschlossenen 530.714 Ausbildungsverträge ausschließlich auf die rund

330 nach dem BBiG und der HWO anerkannten Ausbildungsberufe, die auch von den Kammern als zuständige Stellen präzise registriert werden.

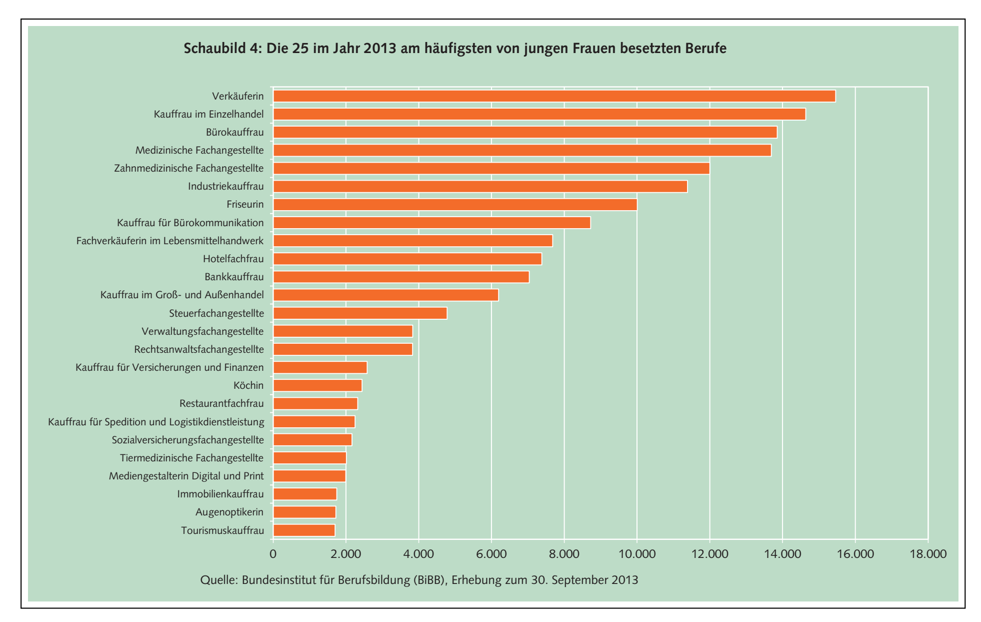


Abbildung 6.2: Die 25 im Jahr 2013 am häufigsten von jungen Frauen besetzen Berufe (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berufsbildungsbericht, BMBF, 2014, S. 25)

In Abb. 6.2 werden die in den letzten 25 Jahren bezogen auf das Jahr 2013 am häufigsten von jungen Frauen besetzen Berufe als Gesundheitsfachberufe ausgewiesen. Es sind dies Medizinische Fachangestellte (mit über 13.000 neuen Ausbildungsverträgen, Rangplatz 4), knapp gefolgt von Zahnmedizinischen Fachangestellten (Rangplatz 5) und Tiermedizinischen Fachangestellten (mit ca. 2.000 neuen Ausbildungsverträgen).

Für die Bundesrepublik Deutschland sind relativ aktuelle Daten im Berufsbildungsbericht 2013 bzw. im dazu gehörigen Datenreport 2013 verfügbar. Zur besseren Vergleichbarkeit sei betont, dass die Ausbildungszahlen der in Tab. 6.2 dargestellten „Ausbildung zu Gesundheits- und Sozialberufen“ sich jeweils auf die Gesamtausbildungsdauer, also die Summe von drei Ausbildungsjahren in den einzelnen Berufen bezieht, sodass bezogen auf das erste Ausbildungsjahr jeweils von ca. einem Drittel an Auszubildenden auszugehen ist.

KldB* 2010	Berufsklasse	2011	davon weiblich	in %	2010	Änderung zum Vorjahr in %
7889	Kaufmännische/-r Assistent/-in, Wirtschaftsassistent/-in	17.833	9.560	53,6	18.141	-1,7
7744	Technische/-r Assistent/-in für Informatik	11.554	1.164	10,1	13.658	-15,4
8343	Gestaltungstechnische/-r Assistent/-in, Grafik-Design-Assistent/-in, Grafik-Designer/-in	9.934	6.358	64,0	10.146	-2,1
7894	Fremdsprachenassistent/-in, Europa-Sekretär/-in	5.928	4.655	78,5	5.869	1,0
7744	Assistent/-in für Wirtschaftsinformatik	4.453	1.083	24,3	2.427	83,5
7884	Korrespondent/-in, Europakorrespondent/-in	4.437	3.401	76,7	4.696	-5,5
6261	Chemisch-technische/-r Assistent/-in	3.182	1.299	40,8	3.403	-6,5
6310	Biologisch-technische/-r Assistent/-in	2.804	1.653	59,0	2.914	-3,8
9232	Hauswirtschaftshelfer/-in	2.752	2.473	89,9	2.946	-6,6
8765	Gymnastiklehrer/-in	2.279	1.513	66,4	2.416	-5,7
	Restliche Berufsklassen	27.046	12.037	44,5	31.231	-13,4
	Summe	**92.202**	**45.196**	**49,0**	**97.847**	**-5,8**

* Klassifikation der Berufe 2010

Tabelle 6.2: Ausbildung der Gesundheits- und Sozialberufe. Die 10 stärksten Berufe (Bestand) (BiBB, 2013, S. 240)

In dem vom BMBF herausgegebenen Berufsbildungsbericht 2014 wird die aktuelle Anzahl der Schülerinnen und Schüler in den Berufen des Gesundheitswesens (Schuljahr 2012/2013) mit insgesamt 207.781 ausgewiesen, was im Vergleich mit Daten des Vorjahrs einen Anstieg von 5,67 % (= 11.156 Schülerinnen und Schüler) über alle nachfolgend dargestellten Gesundheitsfachberufe für unterschiedliche Bereiche der Pflege bedeutet (vgl. BMBF, 2014, S. 62).

	Absolute Zahlen für das Ausbildungsjahr 2012/13	Anstieg in % gegenüber dem Vorjahr (2011/12)
Gesundheits- und Krankenpflege	63.342	5,8 %
Altenpflegeausbildung	59.365	6,1 %
Altenpflegehilfe	8.068	29,7 %
Krankenpflegehilfe	3.761	40,3 %
Pflegeassistenz	3.417	keine Angaben aus dem Vorjahr

Tabelle 6.3: Anzahl der Schülerinnen und Schüler in den Berufen des Gesundheitswesens nach den Angaben des BMBF (2014, S. 62)

Interessant ist, dass sich im Berufsbildungsbericht die Terminologie von „Auszubildenden" in „Schülerinnen und Schüler" ändert und ferner, dass die Anzahl der männlichen Auszubildenden in Berufen des Gesundheitswesens gestiegen ist (22,25 %), sich die Dominanz weiblicher Auszubildender (77,75 %) aber dennoch auch in diesem Bereich fortsetzt.

Damit wird erkennbar, dass neben der Zunahme traditioneller und neuer Studienangebote zugleich auch ein Anstieg der Zahl an Auszubildenden zu registrieren ist, sodass an beruflichen Schulen auch weiterhin von einem entsprechenden Bedarf an Lehrkräften in den zahlenmäßig bedeutsameren Bereichen der pflegeberuflichen Bildung auszugehen ist.

Etwas unterschiedlicher zeigen sich die Ausbildungszahlen für die eher etwas geringer frequentierten (überwiegend) therapeutischen und diagnostischen Gesundheitsfachberufe, für die im Berufsbildungsbericht 2014 zwar keine absoluten Zahlen, sehr wohl aber für einzelne Berufe steigende, für andere Gesundheitsfachberufe hingegen auch sinkende Ausbildungszahlen dargestellt werden, die in Tab. 6.4 zusammengefasst werden.

Steigende Ausbildungszahlen	Sinkende Ausbildungszahlen
Rettungsassistenz (+9 %)	Pharma.-techn. Assist. (–3,75 %)
Orthoptisten (+10,56 %)	Ergotherapie (–3,54 %)
Hebammen (+4,43 %)	Diätassistenz (–6,10 %)
Podologie (+7,73 %)	Physiotherapie (–3,98 %)
	Massage/med. Badewesen (–20 %)

Tabelle 6.4: Überblick über steigende und sinkende Ausbildungszahlen in ausgewählten Gesundheitsfachberufen nach Angaben des BMBF (2014, S. 62 f.)

6.3 Lehrerbildung für Gesundheitsfachberufe

Zunächst wird die aktuelle Position des Wissenschaftsrats zum Bedarf einer Lehrerbildung für Gesundheitsfachberufe vorgestellt und kritisch reflektiert. Diese Einschätzungen zum Bedarf an qualifizierten Lehrkräften werden durch ausgewählte Daten der Gesundheits- und Bildungsberichterstattung unterstützt. Als zweiten Aspekt werden die hochschulischen Strukturen und die Orientierung der Lehrerbildung für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege vorgestellt. Dabei geht es sowohl um die hochschulische Verortung der Lehrerbildung als auch um die Orientierungen für eine wissenschaftliche Lehrerbildung für berufsbildende Schulen. Der

dritte Aspekt widmet sich den schulischen Strukturen sowie der mehrphasigen Lehrerbildung für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. Dabei stellt sich auch die Frage, ob die Traditionen der Lehrerbildung für das öffentliche Schulwesen auch in Zeiten einer Bachelor-Master-Abfolge von Studiengängen weiterhin als bedeutsam einzuschätzen sind.

6.3.1 Bedarf der Lehrerbildung für Gesundheitsfachberufe

Während die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierungsquote im Bereich primärqualifizierender Studiengänge im Umfang zwischen 10 und 20 % stärker als bisher vor allem an „staatlichen Hochschulen und durchaus auch an Universitäten aufzubauen" ist (WR, 2004, S. 83), wird bezogen auf die deutlich umfangreichere, an beruflichen Schulen vorgesehene Ausbildung der Gesundheitsfachberufe – neben der grundsätzlich positiven Einschätzung des künftigen Bedarfs an berufsbildenden Schulen und damit entsprechend qualifizierten Lehrkräften – eine deutliche Kritik des Wissenschaftsrats erkennbar. Diese bezieht sich insbesondere auf den bislang zu geringen Anteil einer akademischen Qualifizierung des Lehrpersonals an berufsbildenden Schulen:

> „Daher muss die Ausbildung an den berufsbildenden Schulen weiter verbessert werden: Die theoretische und praktische Lehre an den berufsbildenden Schulen ist heterogen und wird vielfach als nicht mehr zeitgemäß angesehen. (...) In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass das Lehrpersonal an den berufsbildenden Schulen derzeit nur zu einem vergleichsweise geringen Anteil über einen Hochschulabschluss verfügt. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die hier empfohlene Akademisierung eines Teils der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen einen wesentlichen Beitrag zur besseren Qualifizierung des Lehrpersonals an den berufsbildenden Schulen und damit zu einer Professionalisierung dieser Einrichtungen leisten kann." (WR, 2014, S. 84)

Tatsächlich sind mehr als 10 Jahre nach der letzten Neuordnung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG vom 16. Juli 2003) und analog des Altenpflegegesetz es (AltPflG25. August 2003, BGBl. I, S.1690) im Sinne eines zu leistenden Bestandsschutzes noch immer Lehrkräfte ohne hochschulische Qualifikationen, d. h. als weitergebildete Lehrkräfte bzw. Unterrichtsschwestern und -pfleger an den Schulen des Gesundheitswesens tätig. Für weitere Bereiche der nach Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsfachberufe gibt es keine rechtlichen Mindestanforderungen (z. B. für die Physio- und Ergotherapie) an die akademischen Abschlüsse von Lehrkräften.

Da sich der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen vor allem mit den Perspektiven der pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsfachberufe sowie den Hebammen und Entbindungspflegern beschäftigt, gibt es nur

wenige Aussagen zu den Gesundheitsfachberufen, die unter das BBiG und die HWO fallen. Für diese in öffentlichen Schulen und betrieblichen Lernorten auszubildenden Gesundheitsberufe wird die Lehrerbildung nicht diskutiert. Dieses scheint insofern weniger dringlich, als hier die Kultusminister der Länder bzw. die diesen jeweils zugeordneten Bezirksregierungen die akademischen Standards, d. h. einschlägige, i. d. R. universitäre Lehramtsabschlüsse für den Zugang[3] voraussetzen.

Als letzte zu berücksichtigende Position des Wissenschaftsrats sei auf die Empfehlung von Masterstudiengängen, auch für Lehrkräfte, verwiesen:

> „Darüber hinaus sollten Master-Studiengänge Möglichkeiten bieten, sich für eine pädagogische Tätigkeit, insbesondere als Lehrkraft in den berufsbildenden Schulen, oder eine Tätigkeit im Gesundheitsmanagement zu qualifizieren." (WR, 2012, S. 86)

Kritisch ist hier einzuwenden, dass der Wissenschaftsrat wiederum nur den Bereich der Pflege- und Therapieberufe fokussiert. Die Strukturen und Kulturen der traditionellen Lehrerbildung für die nach BBiG und HWO geregelten Gesundheitsfachberufe werden nicht erkennbar berücksichtigt. Mit Blick auf die o. g. Tätigkeiten im Gesundheitsmanagement sieht der Wissenschaftsrat an anderer Stelle (im Widerspruch dazu) für

> „einen Ausbau solcher Master-Studiengänge im Bereich des Gesundheitsmanagements und dem berufsübergreifenden Public Health-Bereich (...) derzeit keine Notwendigkeit." (WR, 2012, S. 87)

Zusammenfassend ist positiv festzuhalten, dass der Wissenschaftsrat

- die Ausbildung des deutlich größeren Anteils (80–90 %) der Gesundheitsberufe an berufsbildenden Schulen weiterhin für erforderlich hält,
- einen weiteren Ausbau des Anteils der an staatlichen Hochschulen qualifizierten Lehrkräfte für die Gesundheitsfachberufe an berufsbildenden Schulen fordert und
- Masterstudiengänge für pädagogische Tätigkeiten, insbesondere als Lehrkraft in berufsbildenden Schulen, empfiehlt.

Zur Einschätzung der Entwicklung und des künftigen Bedarfs an Lehrkräften werden nachfolgend entsprechende Zahlen für die „Lehrkräfte nach Schularten" (und unterschiedlichen Schulformen), d. h. an berufsbildenden Schulen insgesamt und an „Schulen des Gesundheitswesens" für die Bundesrepublik Deutschland in Tab. 6.5 dargestellt. Während die Anzahl der Vollzeit-

3 Studienabschlüsse an (Fach-)Hochschulen ermöglichen den Quer-, Seiten- oder Direkteinstieg nur in Ausnahmen.

lehrkräfte an (öffentlichen) berufsbildenden Schulen über alle berufliche Fachrichtungen (nicht genauer ausgewiesen für den Anteil der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege) im Verlauf 1992–2012 abnimmt, fällt diese Entwicklung für die Schulen des Gesundheitswesens insgesamt deutlich geringer aus. Seit 2009 ist sogar ein Anstieg der Lehrkräfte zu beobachten.

5 Lehrkräfte und Unterrichtsstunden

5.1 Lehrkräfte nach Schularten, Beschäftigungsumfang und Geschlecht 1992 bis 2012
Insgesamt

Schulart/Beschäftigungsumfang	Jahr									
	1992	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Deutschland										
Teilzeit-Berufsschulen										
Vollzeitlehrkräfte	43 481	36 422	35 946	35 589	35 882	35 812	35 300	35 003	35 073	34 879
Teilzeitlehrkräfte	7 502	12 110	12 045	12 498	12 665	13 471	13 966	14 013	13 356	13 267
Stundenweise beschäftigte Lehrkräfte	9 509	6 956	7 097	7 319	7 440	7 847	7 873	7 387	6 919	6 835
Berufsvorbereitungsjahr										
Vollzeitlehrkräfte	2 774	4 737	4 596	4 412	3 928	3 480	3 437	3 370	3 355	3 296
Teilzeitlehrkräfte	466	1 655	1 734	1 755	1 525	1 372	1 416	1 521	1 448	1 540
Stundenweise beschäftigte Lehrkräfte	228	576	598	580	561	531	486	486	427	469
Berufsgrundbildungsjahr in vollzeitschulischer Form										
Vollzeitlehrkräfte	2 248	2 911	3 029	3 000	2 768	2 627	1 733	1 630	1 540	1 512
Teilzeitlehrkräfte	310	667	712	719	717	706	591	585	532	498
Stundenweise beschäftigte Lehrkräfte	822	506	579	585	607	536	137	121	100	102
Berufsaufbauschulen										

Tabelle 6.5: Lehrkräfte nach Schularten, Beschäftigungsumfang und Geschlecht 1992–2012 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014, S. 596)

Auffällig ist ferner, dass seit 1992 die Anzahl der Teilzeitlehrkräfte an öffentlichen berufsbildenden Schulen noch deutlicher als an den Schulen des Gesundheitswesens stetig zunimmt, während die Anzahl stundenweise beschäftigter Lehrkräfte an öffentlichen berufsbildenden Schulen erkennbar zunimmt, in Schulen des Gesundheitswesen hingegen im Verlauf von 1992–2012 rückläufig war.

Kritisch angemerkt sei, dass das Statistische Bundesamt (2014) zwar detailliertere Angaben für Lehrkräfte nach Lehramtsprüfungen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit (...) in der oben auszugsweise dargestellten Statistik ausweist, dort aber Angaben zu den beruflichen Fachrichtungen im Bereich der öffentlichen berufsbildenden Schulen nicht differenziert. So können auch keine spezifischen Daten zu den hier interessierenden Lehrkräften für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege beschrieben werden.

Mit Blick auf die dort aufgeführten Lehramtsprüfungen ist bemerkenswert, dass diese auch allgemeinbildende Abschlüsse (vom Lehramt für die Primarstufe, über das Lehramt für die Sekundarstufe I bis zum Lehramt an Gymnasien) umfassen, wobei die Gruppe der Lehrkräfte mit einem Abschluss für sonderpädagogische Lehrämter erstaunlich gering ausfällt: 482 von 122.883

Lehrkräften an öffentlichen berufsbildenden Schulen stellen einen Anteil von 0,39 % dar, was dem künftig zu erwartenden Bedarf bei Weitem nicht entspricht (vgl. Kap. 6.4, Herausforderungen einer „neuen“ Lehrerbildung).

Interessant sind die in Tab. 6.6 auszugsweise dargestellten Daten für voll- und teilzeitbeschäftigte Lehrkräfte nach Lehramtsprüfungen sowie nach Altersgruppen und Geschlecht, wobei im folgenden Auszug auf die einzelnen Lehramtsprüfungen verzichtet wird, da eine Differenzierung nach beruflichen Fachrichtungen (d. h. Gesundheit und Pflege) interessanter wäre. Für Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens werden vom Statischen Bundesamt (2014) keine Differenzierungen nach Altersgruppen angeboten. Mit gewissen Einschränkungen erscheint ein entsprechender Transfer der Daten auf diesen Bereich aber zulässig.

Die in Tab. 6.6 gezeigte Differenzierung von Lehrkräften nach Altersgruppen und Geschlecht lässt erkennen, dass sich die größte Anzahl von Lehrkräften in der Altersgruppe von 55–60 findet. Die Zahlen nach Altersgruppen bis zu dieser am stärksten besetzten Gruppe steigen und fallen in der Altersgruppe 60–65 deutlich ab.

5 Lehrkräfte und Unterrichtsstunden

5.4 Voll- und teilzeitbeschäftigte Lehrkräfte nach Lehramtsprüfungen und Altersgruppen und Geschlecht 2012/13

Lehramtsprüfung		Insgesamt	Altersgruppe									Ohne Angabe
			unter 30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65 u. älter	
Insgesamt	**i**	**122 883**	**3 198**	**9 819**	**10 965**	**17 446**	**21 204**	**20 095**	**23 249**	**16 142**	**741**	**24**
	m	**63 325**	**869**	**3 973**	**5 568**	**9 078**	**10 906**	**9 114**	**12 114**	**11 113**	**581**	**9**
	w	**59 558**	**2 329**	**5 846**	**5 397**	**8 368**	**10 298**	**10 981**	**11 135**	**5 029**	**160**	**15**

Tabelle 6.6: Lehrkräfte nach Schularten, Beschäftigungsumfang und Geschlecht 1992–2012 (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 654)

Mit Blick auf den künftigen Bedarf an Lehrkräften ist insgesamt festzustellen, dass die Altersgruppen von unter 30 Jahren, 30–35 und 35–40 Jahren viel Raum für den Berufsnachwuchs lassen und die Lehrerkollegien an berufsbildenden Schulen offensichtlich überaltert sind: Damit ist analog zur hohen Zahl an Auszubildenden auch von einem hohen Lehrerbedarf auszugehen – speziell auch für die Fachrichtungen Gesundheit und Pflege an öffentlichen berufsbildenden Schulen sowie an Schulen des Gesundheitswesens.

6.3.2 Hochschulische Strukturen und Orientierungen

Die hochschulische Verortung der Lehrerbildung für die Gesundheitsfachberufe ist davon abhängig, für welches der beiden parallelen berufsbildenden Systeme Lehrkräfte mit jeweils spezifischen Profilen ausgebildet werden sollen. Geht es um die akademische Qualifizierung von Lehrkräften für das Lehramt an berufsbildenden Schulen der Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, die traditionell auf die nach BBiG und HWO geordneten Gesundheitsfachberufe zielen, ist die klassische Lehrerbildung an Universitäten zuständig. Die entsprechenden universitären Studiengänge qualifizieren, über eine berufliche Fachrichtung hinaus (hier Gesundheit und/oder Pflege), i. d. R. in einem zweiten allgemeinbildenden Unterrichtsfach oder ggf. auch in einer zweiten, affinen Fachrichtung. Darüber hinaus sind nach Beschluss der Kultusministerkonferenz auch die Fächer Berufs- und Wirtschaftspädagogik sowie die Didaktik der beruflichen Fachrichtung (Fachdidaktik) zu studieren (hier: Lehramtstyp V. – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.05.1995, i. d. F. vom 07.03.2013). Dies trifft, von einzelnen Besonderheiten abgesehen, auf die sieben Universitäten zu, die sich beginnend mit der HU Berlin (1963) und vorläufig mit der TU Dresden endend (vgl. Bals, 2004; Bals/Weyland, 2010, S. 521 ff.), sowie den beiden weiteren Universitäten Heidelberg und Kassel (2005) diesem Modell zuordnen lassen. Das Angebot der Universität Kassel lässt sich bezogen auf das später zu beschreibende Kooperationsmodell von (Fach-)Hochschulen und Universitäten neu einordnen.

Die Mitte bis Ende der 1990er-Jahre (je nach Bundesland) an staatlichen und privaten Fachhochschulen beginnende Lehrerbildung für die beruflichen Fachrichtungen Pflege und Gesundheit (hier vor allem therapeutische Gesundheitsberufe) zielt bislang vorrangig auf die Schulen des Gesundheitswesens. Ein besonderes Merkmal der Lehrerbildung an (Fach-)Hochschulen, besteht in deren Konzentration auf eine berufliche Fachrichtung (hier Gesundheitswissenschaften, ggf. Therapiewissenschaft oder Pflegewissenschaft), während ein zweites Fach (also ein allgemein bildendes Unterrichtsfach oder eine affine berufliche Fachrichtung) i. d. R. nicht oder nur unvollständig (im Sinne der Beschlüsse der KMK, vor allem KMK, 1995; 2005; 2014) studiert werden kann. Allerdings werden die Fächer Erziehungswissenschaft bzw. Berufs- und Wirtschaftspädagogik (unterschiedlich ausgeprägt auch die Didaktik der beruflichen Fachrichtung) häufiger auch innerhalb solcher lehrerbildenden Studiengänge an Fachhochschulen angeboten.

Das bedeutet, dass sich die ohnehin heterogenen Formen der Lehrerbildung für die Gesundheitsfachberufe seit der Einführung der BA-MA-Struktur deutlich komplizierter, zugleich

aber auch offener gestalten. Die Bologna-Reform hat sowohl in Universitäten[4] als auch in Fachhochschulen[5] zu insgesamt sehr dynamischen und längst nicht abgeschlossenen Entwicklungen in Richtung neuer Studiengangkonzepte geführt. Insbesondere die Modularisierung verlangt bis ins Detail eine Veränderung der Studienstrukturen, die im Rahmen von Akkreditierungen und Reakkreditierungen zu aktualisieren sind.

> „Eines aber scheint mir sicher zu sein: Modularisierung und ihre Folgen werden die deutsche Hochschullandschaft stärker verändern als ‚1968'." (Terhart, 2007, S. 25)

Die Entwicklung neuer Studienstrukturen für die Lehrerbildung sind in der Pflege (vgl. Bischoff-Wanner/Reiber, 2008, S. 11 ff.) auch hinsichtlich einer vergleichenden Betrachtung der bundesdeutschen und europäischen Strukturen der Lehrerbildung (vgl. Reiber, 2008, S. 41 ff.) sowie hinsichtlich der unterschiedlichen Strukturmodelle einer integrativen versus einer streng konsekutiven Struktur der BA-MA-Abfolge (bezogen auf die Bildungswissenschaften) bereits ausführlich beschrieben worden (vgl. Darmann-Finck/Ertl-Schmuck, 2008, S. 65 ff.). Vor allem Bals (2008, S. 85 ff.) hat sich kritisch zu den bildungspolitischen Empfehlungen und Beschlüssen zur zukünftigen Lehrerbildung geäußert, die damals als zumindest heterogen bis widersprüchlich wahrgenommen wurden.

Ein weiteres für die Lehrerbildung relevantes Problem der Bologna-Reform, nämlich die Problematik des Übergangs aus konsekutiven oder aus grundständigen Bachelorstudiengängen in lehrerbildende Masterstudiengänge, ist ebenfalls bereits ausführlicher diskutiert worden (vgl. Bonse-Rohmann, 2011, S. 9 ff.).

Orientiert an der eingangs formulierten Zielsetzung einer Normalität in der Lehrerbildung wird im Folgenden zunächst auf Kooperationsmodelle eingegangen. Diese könnten eine mögliche Lösung für die bislang weitgehend getrennten Bereiche der Lehrerbildung an Universitäten und Fachhochschulen darstellen. Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sie sich an den auch ansonsten für die Lehrerbildung üblichen Strukturempfehlungen und Standards sowie den hochschulübergreifenden Empfehlungen für die Disziplin Berufs- und Wirtschaftspädagogik orientieren. Die Alternativen zu den Kooperationsmodellen wären weder gesetzlich, noch administrativ, aber auch inhaltlich nicht durchsetzbare Normierungen, nach denen die gesamte

---

4 Bezieht sich auf Universitäten, die bis zu diesem Zeitpunkt den Abschluss 1. Staatsexamen nach mindestens 9, ggf. 10 Studiensemestern vergeben haben.

5 Bezieht sich auf Fachhochschulen, die bis zu diesem Zeitpunkt nach i. d. R. 8 Studiensemestern den Abschluss Diplom verliehen haben.

Lehrerbildung einem Hochschultyp – also den Universitäten *oder* den (Fach-)Hochschulen – zugeschrieben werden. Auch eine Aufteilung der Studiengänge in die beiden Hochschultypen wäre denkbar. Beides erscheint angesichts der in den letzten 20 Jahren vollzogenen Entscheidungen, d. h. vor dem Hintergrund einer förderalistischen Hochschulpolitik und des hohen Bedarfs an fachwissenschaftlichen wie auch an lehrerbildenden Studiengängen an beiden Hochschultypen unrealistisch: Insofern sollen hier Beispiele bereits begonnener Kooperationen benannt werden.

Zwei Kooperationsmodelle von Universitäten und Fachhochschulen, die bereits bei Reiber aufgeführt werden, können inzwischen als etabliert gelten: Der Kooperationsverbund der Universität Kassel und der Fachhochschule Fulda sowie die Kooperation der Fachhochschule Münster und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (vgl. Reiber, 2008, S. 51 f.). Eine weitere Kooperation besteht seit dem Wintersemester 2008/2009 zwischen der Fachhochschule und der Universität Osnabrück im Rahmen einer lehramtsbezogenen BA-MA-Struktur für unterschiedliche technische Fachrichtungen, aber auch für die beruflichen Fachrichtungen Pflege und Gesundheit.

Die Motivation zur Einrichtung solcher Kooperationsmodelle scheint einerseits in dem erkennbaren Mangel an Studienangeboten zu liegen. Dies gilt vorrangig für die technischen Fachrichtungen, aber auch für die Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, die bereits von Bals als Mangelfächer bezeichnet wurden (vgl. Bals, 2010, S. 526). Andererseits könnte der mitunter schwierige Sonderstatus der (Fach-)Hochschulen im Bereich der Lehrerbildung für die Fachrichtungen Gesundheit und Pflege einen Hintergrund für deren Interessen an Kooperationsmodellen bilden. Der Sonderstatus und die für eine Lehrerbildung nach den Vorgaben der KMK (grundlegend hierzu bereits KMK, 1995) kaum erfüllbaren strukturellen Anforderungen (mit einer Fachrichtung, einem Unterrichtsfach, den Bildungswissenschaften und der Didaktik der beruflichen Fachrichtung) fördern derartige Kooperationsmodelle. In eine ähnliche Richtung zielt z. B. auch die Kooperation einer Pädagogischen Hochschule mit einer (Fach-)Hochschule, die derzeit in Baden-Württemberg vorbereitet wird.

Zwei weitere Argumente für diese Kooperationsmodelle, die eng miteinander verknüpft sind, sollen nicht unerwähnt bleiben. Dies betrifft Möglichkeiten des Zugangs leistungsstarker Absolventinnen und Absolventen der (Fach-)Hochschulen zu einer Promotion. Ohne hier die zum Teil hitzige aktuelle bildungspolitische Diskussion um das Promotionsrecht an Fachhochschulen aufgreifen zu wollen, bestehen über solche Kooperationen hinreichende und – über die beiden Institutionen – auch qualitativ vertretbare und verlässliche Promotionsmöglichkeiten, sofern dies

die Promotionsordnung einer kooperierenden Universität ermöglicht und verbindlich regelt. Der gemeinsame Vorteil für Universitäten und Fachhochschulen besteht in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, der nicht nur für die auszubauende hochschulische Lehrerbildung für berufsbildende Schulen erforderlich ist. Dies gilt auch für den aktuell kaum mehr zu befriedigenden bzw. erheblich wachsenden Bedarf an akademischen Nachwuchs für die Gesundheits-, Therapie- und Pflegewissenschaften insgesamt.

Auch der Wissenschaftsrat hat sich in seinen Empfehlungen grundsätzlich für Kooperationsmodelle von (Fach-)Hochschulen und Universitäten ausgesprochen. Er hat dabei zugleich eine besondere Akzentuierung in Richtung eines „Gesundheitscampus“ vorgenommen. Mit Blick auf eine Einbindung der Universitätsmedizin werden die Bedingungen der Lehrerbildung noch komplizierter.

> „Die Fachhochschule sollte eine institutionell abgesicherte Kooperation mit einer Universität mit einer Medizinischen Fakultät unter Einbeziehung der Krankenversorgung und der akademischen Lehrkrankenhäuser unterhalten, um eine interprofessionelle Ausbildung zu ermöglichen. Der Wissenschaftsrat spricht sich damit für die Einrichtung eines Gesundheitscampus (...) aus.“ (WR, 2012, S. 93)

Ebenso schwierig wie eine optimale Nutzung (fach-)hochschulischer und universitärer Strukturen, Kulturen und spezifischer Fakultäten im Sinne interdisziplinärer und hochschulübergreifender Kooperation scheint die Frage, an welchen inhaltlichen und qualitativen Standards sich lehrerbildende Studiengänge für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege orientieren sollen.

Diesbezüglich hat Bals schon früh die Notwendigkeit einer Orientierung an den (universitären) Traditionen und wissenschaftlichen Ansprüchen einer bis zu diesem Zeitpunkt noch fast ausnahmslos universitären Lehrerbildung betont (vgl. Bals, 1990). Auch Dielmann (1999) hat immer wieder für eine Orientierung an den Strukturen und Anforderungen für ein Lehramt an öffentlichen berufsbildenden Schulen plädiert, auch für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. Diese Position einer Integration der Schulen des Gesundheitswesens in das Regelsystem der dualen Berufsausbildung (nach BBiG und HWO) an öffentlichen berufsbildenden Schulen sowie eine entsprechende Verortung der Lehrerbildung wird auch vonseiten der wissenschaftlichen Vertretung entsprechender Studiengänge favorisiert (vgl. Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, 2007). Bischoff-Wanner und Reiber haben vor dem Hintergrund der auch in der Lehrerbildung bedeutsamen Studienreformen eine Orientierung an internationalen und ersten national bedeutsamen Standards der Lehrerbildung sowie eine konsequente Kompetenzorientierung gefordert

(vgl. Bischoff-Wanner/Reiber, 2008, S. 99 ff.). Insbesondere mit Blick auf die „Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften“, die als Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2004 vorgelegt wurden, ist es verwunderlich, dass im Rahmen von neuen Akkreditierungsanträgen zu lehrerbildenden BA- und MA-Studiengängen diese bereits seit zehn Jahren bekannten Standards noch immer keine durchgängige und konsequente Berücksichtigung finden.

Im Sinne einer „Normalität“ bzw. der Orientierung an den Standards einer wissenschaftlichen Lehrerbildung ist auch der Hinweis auf das von der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik erstmals 2003 verabschiedete Basiscurriculum für das Studienfach Berufs- und Wirtschaftspädagogik bedeutsam. Die Orientierung an den Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, die im Rahmen ihrer Mitgliederversammlung im Herbst 2014 aktuell eine Neufassung verabschiedet hat, sind auch als „wissenschaftliches Pendant“ zur Kultusministerkonferenz insofern wichtig, als es z. B. gegenüber dem von der KMK administrativ durchgesetzten Lehrfeldkonzept immer wieder wissenschaftliche Widerstände gibt, die z. B. bei Tramm (2011) dargestellt werden. Dabei geht es nicht nur um die inhaltliche Kritik am Lernfeldkonzept als (umstrittene oder bestrittene) Bildungstheorie, sondern zugleich darum, dass sich die Disziplin Berufs- und Wirtschaftspädagogik gegenüber einer Faktizität der Kultusbürokratie (also der administrativen Umsetzung des Lernfeldkonzepts in Rahmenlehrplänen) nachvollziehbar verwahrt.

6.3.3 Schulische Strukturen und Perspektiven einer mehrphasigen Lehrerbildung

Die Aspekte der schulischen Strukturen und Phasen einer mehrphasigen Lehrerbildung, für die mit Blick auf eine spätere Unterrichtstätigkeit die Kombination einer beruflichen Fachrichtung und eines allgemein bildenden Unterrichtsfachs[6] vorausgesetzt werden, können hier nur kurz diskutiert werden. Allein die Frage der Notwendigkeit bzw. die bildungstheoretische Begründung eines allgemeinbildenden Unterrichtsfachs innerhalb berufsbildender Bildungsgänge würde einer grundlegenden Diskussion bedürfen. Sofern diese nicht angemessen geführt werden kann, könnte man eher pragmatisch auch den Umstand prüfen, dass i. d. R. nicht wenige Bundesländer durchaus eine zweite, ggf. sogar affine berufliche Fachrichtung innerhalb ihres berufsbildenden Schulsystems zulassen. Damit bleibt zumindest das bildungsorganisatorische Argument, dass in zwei beruflichen Fachrichtungen (oder einer Fachrichtung und einem allgemeinbildenden Unter-

6 Und für alle berufsbildenden Lehrämter Berufs- und Wirtschaftspädagogik sowie die Didaktik der jeweiligen beruflichen Fachrichtung

richtsfach) ausgebildete Lehrkräfte auf jeden Fall fachwissenschaftlich vielseitiger qualifiziert und schulorganisatorisch breiter einsetzbar sind. Dieses „Zweifächerprinzip" findet sich noch nahezu ausnahmslos in der gesamten Lehrerbildung bzw. in der Realität sämtlicher Schulformen und Schulen bundesweit wieder – dies trotz Bologna-Reform und der Unterschiede eines föderalen Systems bzw. der Kulturhoheit der Bundesländer. Insofern darf man hier tatsächlich von einer „Normalität" der Lehrerbildung bzw. des beruflichen Handlungsfelds für Lehrerinnen und Lehrer an berufsbildenden Schulen sprechen, die nach Auffassung des Verfassers für die berufliche Bildung der Gesundheitsfachberufe dort, wo sie bereits besteht, beizubehalten ist und dort, wo diese Normalität nicht besteht, noch dringender anzustreben ist.

Mit Blick auf die Phasen der Lehrerbildung wurde eingangs skizziert, dass die sich i. d. R. nur auf eine berufliche Fachrichtung konzentrierende Lehrerbildung an (Fach-)Hochschulen die Praxisphasen i. d. R. durch ein sogenanntes Praxissemester in das Studium integriert. Universitäre Lehramtsstudiengänge zielen traditionell auf eine zweiphasige bzw. i. d. R. sogar dreiphasige Lehrerbildung, was nicht nur für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege gilt. So folgt der ersten Phase eines Lehramtsstudiums an der Universität (inzwischen überwiegend in einer BA-MA-Abfolge) eine zweite Phase als sogenannter Vorbereitungsdienst (Referendariat) unter staatlicher Aufsicht. Dieser wird durch ein Studienseminar pädagogisch und fachrichtungsbezogen betreut. Das Referendariat wird an öffentlichen berufsbildenden Schulen mit anteilig eigenverantwortlichem Unterricht abgeleistet. Ohne hier die Bedeutung von Praxisphasen zur Vermittlung von Handlungswissen (gegenüber hochschulischem Reflexionswissen) diskutieren zu können, soll auf die hierzu grundlegende Arbeit von Weyland (2010) verwiesen werden, die sich, vertraut mit den Perspektiven der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, ausführlich mit der Bedeutung von Praxisphasen in der Lehrerbildung beschäftigt.

Der Stellenwert des Vorbereitungsdienstes als zweite Phase (traditioneller) Lehrerbildung scheint in der Ära der Bologna-Reform in vielen Bundesländern hinsichtlich des Umfangs, nicht jedoch hinsichtlich der prinzipiellen Bedeutung, rückläufig zu sein. Der Stellenwert der dritten Phase der Lehrerbildung, d. h. die Fortbildung von Lehrkräften, ist ein weiterer wichtiger Aspekt. Diese wird unter Aufsicht der Kultusministerien gewährleistet. Die Expertise von Instituten für Lehrerfortbildung und Qualitätssicherung wird inhaltlich durch wissenschaftlich qualifiziertes Personal verantwortet (bei unterschiedlicher Bezeichnung in allen Bundesländern) und i. d. R. durch die Bezirksregierung administrativ unterstützt. Damit stehen regelmäßige und i. d. R. umfangreiche Angebote der Lehrerfortbildung zur Verfügung, (im Zeichen eines gerade auch für Lehrkräfte bedeutsamen lebenslangen Lernen) allerdings nur für Lehrkräfte der öffentlichen be-

rufsbildenden Schulen (auch für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege). Für Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens, die nach Berufszulassungsgesetzen geregelte pflegerische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsfachberufe unterrichten, gibt es (von Ausnahmen abgesehen) keine gleichwertigen Strukturen und Angebote einer wissenschaftlichen Lehrerfortbildung. Zudem mangelt es auch an den entsprechenden Instituten. Diese sind für die landesweite Curriculumentwicklung und inzwischen sehr differenziert für Qualitätssicherung in allen relevanten Bereichen der einzelnen Schulformen des betreffenden Bundeslandes zuständig.

Auch wenn Universitäten (zusätzlich) und Fachhochschulen (anteilig) inzwischen vereinzelt Aufgaben der Lehrerfortbildung übernehmen, hat dies aktuell nur eine ergänzende, jedoch keinesfalls eine kompensatorische Funktion. Ähnliches gilt für die Lehrerfortbildung an konfessionell gebundenen Schulen des Gesundheitswesens durch deren Träger oder auch durch entsprechende Lehrerverbände, die hier jeweils eine wichtige unterstützende aber nicht eine die Strukturen einer systematischen Lehrerfortbildung ersetzende Funktion einnehmen. Damit ist auch für den Bereich der dritten Phase, die Lehrerfortbildung, insbesondere vor dem Hintergrund einer wissenschaftlich wie beruflich hohen Veränderungsdynamik, ebenfalls „Normalität" anzustreben. Diese ist bislang nur für die nach BBiG und HWO geregelten Gesundheitsfachberufe gegeben. Auch aus diesem Grund sind Kooperationen zwischen Universitäten und (Fach-)Hochschulen in der Lehrerbildung zu fördern. Analog wäre eine stärkere Kooperation zwischen den Kultusministerien (und deren Instituten für Lehrerfortbildung, Curriculumentwicklung und Qualitätssicherung) sowie den Sozial- und Arbeitsministerien anzustreben, um so Lehrkräften aus Schulen des Gesundheitswesens einen Zugang zur kultusministeriell geregelten Lehrerfortbildung zu eröffnen. Dieses gilt auch deshalb, weil sich grundlegende gesetzliche Regelungen und administrative Zuständigkeiten in näherer Zukunft voraussichtlich nicht „radikal" ändern werden.

6.4 Zusammenfassung und Perspektiven

Die Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse und Empfehlungen sowie die Skizzierung von Perspektiven und zu erwartender weiterer Herausforderungen einer „neuen Lehrerbildung" werden pointiert bzw. thesenartig präsentiert.

6.4.1 Zusammenfassung

1) Aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen (einschließlich der Veränderungen der demografischen Struktur, der Morbiditätsentwicklung und des wachsenden Bedarfs

an Pflege- und weiteren Gesundheitsdienstleistungen) ist ein zunehmender Bedarf an Fachkräften für den gesamten Bereich der Gesundheitsfachberufe zu erwarten.

2) Da die Zahl der Schülerinnen und Schüler (parallel zu der Zunahme von primärqualifizierenden, von dualen und von auf die berufliche Ausbildung aufbauenden Studienangeboten) weiterhin wächst, ist auch ein zunehmender Bedarf an Lehrkräften für die berufsbildenden Schulen zu erwarten.

3) Vor dem Hintergrund der Altersstruktur von Lehrkräften an öffentlichen berufsbildenden Schulen und des Mangels an wissenschaftlich qualifizierten Lehrkräften an Schulen des Gesundheitswesens ist ein zusätzlich hoher Bedarf an Lehrkräften für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege zu erwarten.

4) Da die akademische Qualifizierung von Lehrkräften für die nach BBiG und HWO geregelten Gesundheitsberufe bezogen auf das Lehramt an öffentlichen berufsbildenden Schulen ebenso wie an Schulen des Gesundheitswesens weiterhin erforderlich ist, müssen an beiden Hochschultypen auch künftig Lehrkräfte ausgebildet werden.

5) Angesichts der Anforderungen an die Strukturen wissenschaftlicher Lehrerbildung sind Kooperationsmodelle von Universitäten (in Baden-Württemberg auch Pädagogischen Hochschulen) und (Fach-)Hochschulen künftig stärker auszubauen.

6) Da im Rahmen von Kooperationen zwischen Universitäten und (Fach-)Hochschulen zusätzlich leistungsbereite und leistungsstarke Absolventinnen und Absolventen gewonnen werden können, sind die Möglichkeiten einer wissenschaftlichen Nachwuchsförderung systematisch auf- und auszubauen und in verbindlichen Kooperationsverträgen zu regeln.

7) Die Lehrerbildung für berufsbildende Schulen ist nicht nur fachwissenschaftlich anspruchsvoll abzusichern, sondern mit Blick auf die hochschulisch zu fördernde Professionalität des pädagogischen Personals an den „Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften“ ebenso wie am „Basiscurriculum für das universitäre Studienfach Berufs- und Wirtschaftspädagogik“ auszurichten.

8) Zur Normalität der Lehrerbildung für berufsbildende Schulen gehören eine Orientierung am Zweifächerprinzip (d. h. zwei Fachrichtungen, oder eine Fachrichtung und ein allgemein bildendes Unterrichtsfach einschließlich der Didaktik der jeweiligen beruflichen Fachrichtung, sowie ein Bezug zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik), um mit den An-

forderungen anderer Fachrichtungen und Lehramtsbereiche strukturell und fachwissenschaftlich vergleichbar zu bleiben.

9) Die Lehrerbildung ist auch für den Bereich der Gesundheitsfachberufe weiterhin an einer mehrphasigen Lehrerbildung zu orientieren. Die bislang erst in der zweiten Phase stärker vorgesehene Handlungs- bzw. Praxisorientierung gewinnt zunehmend an Bedeutung und ist entsprechend auch in der ersten, hochschulischen Phase der Lehrerbildung stärker zu berücksichtigen.

10) Angesichts der Herausforderungen der dritten Phase der Lehrerbildung sind die Kultusministerien sowie die Sozial- und Arbeitsministerien stärker als bislang in den Bereichen Lehrerfortbildung, Curriculumkonstruktion und -evaluation (Entwicklung und Überprüfung landesweiter Rahmenlehrpläne) sowie im Bereich der Qualitätssicherung an berufsbildenden Schulen aufgefordert, stärker zu kooperieren.

6.4.2 Perspektiven und weitere Herausforderungen einer „neuen Lehrerbildung"

Folgende fünf zentrale Perspektiven und Herausforderungen sind nicht fachrichtungsspezifisch für ein Lehramt an berufsbildenden Schulen zu verstehen, sie erscheinen jedoch gerade für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege besonders bedeutsam:

1) *Qualitätsmanagement:* Angesichts des vielzitierten „Pisa-Schocks" und der sehr dynamischen Einführung eines Qualitätsmanagements in allen Bundesländern und über alle Schulformen des öffentlichen Schulwesens hinweg, ist auch für die Schulen des Gesundheitswesens im Zuständigkeitsbereich der Sozial- und Gesundheitsministerien eine vergleichbare Unterstützung durch entsprechende Verfahren, Instrumente und personelle Expertise zu fordern. Hierzu ist sowohl auf die entsprechenden Homepages der Kultusministerien als auch auf die inzwischen zahlreichen Forschungsberichte, Handreichungen und Instrumente zum Qualitätsmanagement an (beruflichen) Schulen hinzuweisen (vgl. z. B. Altrichter et al., 2006; Bals et al., 2009; Oelke/Meyer, 2013; Strahm, 2008).

2) *Gesundheitsmanagement:* Fachlich naheliegend, aber längst noch nicht etabliert ist auch das Gesundheitsmanagement für berufsbildende Schulen (öffentliche BBS wie auch Schulen des Gesundheitswesens). Mit Blick auf die Lehrerbildung und Lehrergesundheit gibt es zahlreiche Begründungen dafür, diese Entwicklung auch in den Schulen des Gesundheits-

wesens stärker zu fördern. Hierbei kommt den Lehrkräften der beruflichen Fachrichtung Gesundheit und Pflege auch an öffentlichen berufsbildenden Schulen eine Schlüsselfunktion zu (vgl. Schneider, 2014; Bonse-Rohmann, 2013; Schaarschmidt, 2009; Bonse-Rohmann, 2005).

3) *Inklusion:* Das Thema Inklusion wird bildungspolitisch nicht nur intensiv diskutiert, sondern auch vom Elementar- bis in den Hochschulbereich mit hohem Einsatz bundesweit umgesetzt und gefördert. Es ist inzwischen zum Teil auch in den Bereichen der beruflichen Bildung der Gesundheitsfachberufe angekommen. Nach Einschätzung der KMK wird das Thema zukünftig in allen Bereichen und Phasen der Lehrerbildung für berufsbildende Schulen (vgl. KMK, 2013) und somit auch in den Fachrichtungen Gesundheit und Pflege an Relevanz und Dynamik gewinnen (vgl. Exeler-König, 2011; Linten/Prüstel, 2014).

4) *Anrechnung:* Mit Blick auf besonders leistungsfähige und leistungsbereite Absolventinnen und Absolventen der beruflichen Bildung wird das Thema Durchlässigkeit beruflicher und hochschulischer Bildung wichtiger werden. Dies ist allein schon aufgrund des bildungspolitisch geförderten Akademisierungstrends zu erwarten, aber auch mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe und den dort steigenden Bedarf an akademisch qualifizierten Fachkräften. Auch der Wissenschaftsrat betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung des lebenslangen Lernens und die Notwendigkeit einer besseren Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen. Er macht zudem darauf aufmerksam, dass die partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe dazu beitragen kann, die Attraktivität dieser Berufe für den Nachwuchs zu erhöhen (vgl. WR, 2012, S. 87). Hierzu liegen inzwischen wissenschaftlich abgesicherte Instrumente zur *Anrechnung* beruflich erworbener Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge sowie zur Förderung von Übergängen von der beruflichen in die hochschulische Bildung seitens der ANKOM-Initiative des BMBF vor (vgl. Bonse-Rohmann et. al., 2013; Schürmann, 2012; Bonse-Rohmann/Weyland, 2011; Bonse-Rohmann, 2009; Bonse-Rohmann/Burchert, 2008). Dabei stellt Kälble die Frage, ob diese Instrumente über den jeweiligen Einzelfall hinaus tatsächlich verallgemeinerbar sind (vgl. Kälble, 2013, S. 161 ff.). Umso mehr stellen sich deshalb die Anforderungen der Transparenz, der Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion (also hier der Kompetenzdebatte) und der Plausibilität bzw. der Begründung von Anrechnungsverfahren (vgl. Bonse-Rohmann/Riedel, 2013).

5) *Berufsbildungsforschung:* Da für fast alle Bereiche der beruflichen und akademischen Bildung der Gesundheitsfachberufe angesichts der in Deutschland erst in den letzten Jahrzehnten ausgebauten, also jungen Disziplinen Gesundheits-, Pflege- und Therapiewissenschaften noch ein erheblicher Forschungsbedarf zu konstatieren ist, erscheint nicht nur eine intensive fachwissenschaftliche Förderung (wie z. B. vom Wissenschaftsrat empfohlen) erforderlich. Analog wird für die ebenfalls akademisch noch nicht sehr lange und auch nicht durchgängig adäquat etablierte Lehrerbildung der Fachrichtungen Gesundheit und Pflege ein deutlicher Ausbau der empirischen Berufsbildungsforschung als Basis wissenschaftlicher Lehrerbildung als besonders dringlich eingeschätzt. Dieser Forschungsbedarf reicht z. B. von Fragen einer berufs- und handlungsfeldbezogen, empirisch zu fundierenden Curriculumkonstruktion, über eine Entwicklung spezifischer hochschuldidaktischer Konzepte für die Lehrerbildung der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege bis hin zu Entwicklung lernortübergreifender berufsbildender Konzepte und deren Evaluation. Dass es hierzu bereits erste Forschungsbeiträge auch von Absolventinnen und Absolventen lehrerbildender Master-Studiengänge an (Fach-)Hochschulen gibt, kann als Ansporn verstanden werden, diese Entwicklung entschlossen auszubauen (vgl. Evers, 2011; Dietze, 2011; Bröker-Brandt/Diendorf, 2011; Schache/Lau, 2011; Schneider, 2014).

Literatur

Altrichter, H./Messner, E./Posch, P. (2006). *Schulen evaluieren sich selbst – ein Leitfaden.* 2. Aufl., Seelze: Klett/Kallmeyer.

Bals, T. (1990). *Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit.* 1. Aufl., Wirtschafts-, berufs- und sozialpädagogische Texte. Bd. 16, Köln: Müller Botermann.

Bals, T. (1993). *Berufsbildung der Gesundheitsberufe.* Alsbach/Bergstraße: Leuchtturmverlag.

Bals, T. (2004). *Lehrerbildung im Bereich Gesundheit und Pflege – eine Marktübersicht.* www.ost-west-bildungsdialog.de/dialog/dialog.html (23.09.2014).

Bals, T. (2006). *Pflegeausbildung.* In: Kaiser, F.-J./Pätzold, G.(Hrsg.): Wörterbuch Berufs-und Wirtschaftspädagogik. 2. Aufl., Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 401–403.

Bals, T. (2008). *Bildungspolitische Empfehlungen und Beschlüsse zur zukünftigen Lehrerbildung.* In: Bischoff-Wanner, C./Reiber, K. (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim/München: Juventa.

Bals, T./Hegemann, K./Wilbers, K. (Hrsg.) (2009). *Qualität in Schule und Betrieb – Forschungsergebnisse und gute Praxis. Texte zur Wirtschaftspädagogik und Personalentwicklung.* Bd. 1, Aachen: Shaker.

Bals, T./Weyland, U. (2010). *Berufliche Fachrichtung Gesundheit.* In: Pahl, J.-P./Herkens, V. (Hrsg.): Handbuch berufliche Fachrichtungen. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 521–533.

BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2013). *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2013.* http://datenreport.bibb.de/media2013/BIBB_Datenreport_2013.pdf (24.09.2014).

Bischoff-Wanner, C./Reiber, K. (Hrsg.) (2008). *Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen.* Weinheim/München: Juventa.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014). *Berufsbildungsbericht 2014.* http://www.bmbf.de/pub/bbb_2014.pdf (24.09.2014).

Bonse-Rohmann, M. (2005). *Gesundheitskompetenz – zentrale Schlüsselkompetenz für Gesundheitsberufe?* In: Sohr, S./Bonse-Rohmann, M. (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung. Gamburg: G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, S. 52–65.

Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (2008). *Entwicklung, empirische Erprobung und Transfer eines Verfahrens zur Bestimmung äquivalenter Kompetenzen.* HIS: Forum Hochschule (13), S. 67–77.

Bonse-Rohmann, M. (2009). *Lernwege – Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Bachelor-Studiengänge".* In: Wuttke, E./Ebner, H./Fürstenau, B./Tenberg, R. (Hrsg.): Erträge und Perspektiven berufs- und wirtschaftspädagogischer Forschung. Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft, S. 145–157.

Bonse-Rohmann, M. (2011). *Neue Strukturen der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege.* In: Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Reihe: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berichte zur Beruflichen Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 9–27.

Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (Hrsg.) (2011). *Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen.* Reihe: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berichte zur Beruflichen Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Bonse-Rohmann, M./Weyland, U. (Hrsg.) (2011). *Editorial zur Fachtagung Gesundheit "Übergänge in den Gesundheitsfachberufen und deren Lehrerbildung ermöglichen – Potentiale erkennen und fördern" im Rahmen der 16. Hochschultage Berufliche Bildung 2011.* http://bwpat.de/content/ht2011/ft10/editorial/ (23.09.2014).

Bonse-Rohmann, M. (2013). *Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung und der Lehrerbildung für Gesundheitsberufe.* http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/bonse-rohmann_ft10-ht2013.pdf (23.09.2014).

Bonse-Rohmann, M./Riedel, R. (2013). *Anrechnung pflegeberuflicher Kompetenzen auf ein Studium – Potenziale von (Aufstiegs-)Fortbildungen bzw. beruflichen Weiterbildungen.* Pflegezeitschrift, 66 (5), S. 284–287.

Bonse-Rohmann, M./ Riedel, A./Bertsch, B./Kimmerle, B. et al. (2013). *Übergänge gestalten – Durchlässigkeit fördern. Entwicklung und Evaluation bedarfsgerechter Studienbedingungen für pflegeberuflich Qualifizierte – Innovationsprojekt im Rahmen der BMBF-Initiative „ANKOM-Übergänge".* Pflegewissenschaft, 15 (3), S. 157–170.

Bröker-Brandt, S./Diendorf, S. (2011). *Problemorientiertes Lernen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.* In: Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berichte zur Beruflichen Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 149–174.

BWP – Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (2003). *Basiscurriculum für das universitäre Studienfach Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Beschluss der Mitgliederversammlung in Oldenburg am 25. März 2003*

BWP – Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (2014). *Jahrestagung BWP – Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd. Öffentliche Mitgliederversammlung der DGfE-Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik am 25.09.2014.* www.ph-gmuend.de/bwp (07.11.2014).

Darmann-Finck, I./Ertl-Schmuck, R. (2008). *Strukturmodelle der Lehrerbildung im Bachelor-/ Master-Studiensystem.* In: Bischoff-Wanner, C./Reiber, K. (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim/München: Juventa, S. 65–84.

Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (2007). *Beschluss der Dekanekonferenz zur zukünftigen Gestaltung der Lehrerbildung im Berufsfeld Pflege/Gesundheit (13. März 2007).* http//:www.dekanekonferenz-pflegewissenschaft.org/...konferenz/index.php (23.09.2014).

Dielmann, G.(1999). *Zur Integration der Pflegeausbildungen in das Berufsbildungssystem – Duales System, Berufsfachschule und Berufszulassungsgesetz im Vergleich.* PflegePädagogik, 9 (3), S. 11–21.

Dietze, K. (2011). *Schlüsselkompetenzen in der beruflichen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege – Eine empirische Analyse.* In: Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Reihe: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berichte zur Beruflichen Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 133–148.

Evers, T. (2011). *Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen.* In: Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Reihe: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berichte zur Beruflichen Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 49–62.

Exeler-König, J. (2011). *Inklusion, Arbeiten und Lernen mit Beeinträchtigungen in Europa.* Berlin: Viademica.

Kälble, K. (2013). *Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland.* In: Estermann, J./Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress "Gesundheitsberufe im Wandel", Winterthur 2012 (Reihe: Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Bd. 37. Studien zur Gesundheitsforschung, Bd. 4). Wien/Zürich/Luzern: LIT und Orlux, S. 161–184.

Klemme, B. (2011). *Plädoyer für eine Akademisierung der Lehrerausbildung für therapeutische Berufe.* http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/klemme_ft10-ht2011.pdf (23.09.2014).

KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2004). *Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2004* http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_12_16-Standards-Lehrerbildung-Bildungswissenschaften.pdf (23.09.2014).

KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2005). *Eckpunkte für die gegenseitige Anerkennung von Bachelor- und Masterabschlüssen in Studiengängen, mit denen Bildungsvoraussetzungen für ein Lehramt vermittelt werden. Beschluss der KMK vom 02.06.2005.* http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2005/2005_06_02-gegenseitige-Anerkennung-Bachelor-Master.pdf (23.09.2014).

KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2013). *Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für das Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen. Lehramtstyp V. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.05.1995, i. d. F. vom 07.03.2013.* http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1995/1995_05_12-RV_Lehramtstyp-5_.pdf (23.09.2014).

KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2014). *Ländergemeinsame inhaltliche Anforderungen für die Fachwissenschaften und Fachdidaktiken in der Lehrerbildung* (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.10.2008 i. d. F. vom 12.06.2014). http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2008/2008_10_16_Fachprofile-Lehrerbildung.pdf (23.09.2014).

Lehmeyer, S./Schleinschok, M. (2011). *Primärqualifizierende Pflegestudiengänge: Eine systematische Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland.* Lage: Jacobs.

Linten, M./Prüstel, S. (2014). *Auswahlbiographie "Inklusion" in der beruflichen Bildung. Zusammenstellung aus der Literaturdatenbank berufliche Bildung (www.ldbb.de).* http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a1bud_auswahlbibliografie-inklusion.pdf (23.09.2014).

Manstetten, R./Bonse-Rohmann, M.(1992). *Zur Problematik der Gesundheitsbildung als Teil der Berufsbildung – aufgezeigt am Beispiel gesundheitsberuflicher Ordnungsmittel.* ZBW, 88 (3), S. 179–192

Meifort, B./Paulini, H. (1984). *Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen.* Berichte zur beruflichen Bildung (76), hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn.

Oelke, U./Meyer, H. (2013). *Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege und Gesundheitsberufe.* Berlin: Cornelsen.

Reiber, K. (2008). *Zum Stand der Pflegelehrerbildung – Deutsche Verhältnisse in europäischer Perspektive.* In: Bischoff-Wanner, C./Reiber, K. (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim/München: Juventa, S. 41–63.

Schaarschmidt, U. (2009). *Lehrergesundheit erhalten und stärken. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie.* https://www.zlb.uni-freiburg.de/derlehrerberuf/dateien/schaarschmidt-heidelberg-09.pdf (23.09.2014).

Schache, S./Lau, D.(2011). *Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven – Eine Analyse ausgewählter Gesundheitsberufe.* In: Bonse-Rohmann, M./Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Reihe: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berichte zur Beruflichen Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 101–131.

Schneider, C. (2014). *Ressourcen und Belastungen im Berufsalltag von Lehrenden- empirische Befunde zur Situation an Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg*. Lage: Jacobs Verlag (im Druck).

Schürmann, M. (2012). *Akademisierung der Berufsbildung. Erfahrungen individueller und pauschaler Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen von Pflege- und Gesundheitsfachkräften auf pflegepädagogische Studiengänge.* http://www.bwpat.de/ausgabe23/schuermann_bwpat23.pdf (23.09.2014).

Statistisches Bundesamt (2014). *Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2012/2013.* Fachserie 11, Reihe 2. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200137004.pdf;jsessionid=A4B9E1314C37E3A54E87D7371A949DE5.cae2?__blob=publicationFile (24.09.2014).

Strahm, P. (2008). *Qualität durch systematisches Feedback: Grundlagen, Einblicke und Werkzeuge*. Bern: Schulverlag BLV.

Terhart, E. (2007). *Wozu führt Modularisierung? Überlegungen zu einigen Konsequenzen für die Praxis der akademischen Lehre.* Erziehungswissenschaft – Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE), 41 (34), S. 23–37.

Tramm, T. (2011). *Ist das Glas nun halbvoll oder halbleer? Ein Beitrag zur berufs- und wirtschaftspädagogischen Diskussion des Lernfeldkonzepts als (späte) Antwort auf eine Fundamentalkritik von Holger Reinisch.* http://www.bwpat.de/ausgabe20/tramm_bwpat20.pdf. (23.09.2014).

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (24.09.2014).

Weyland, U. (2010). *Zur Intentionalität Schulpraktischer Studien im Kontext universitärer Lehrerausbildung.* Paderborn: Eusl-Verlag.

7 Lernortkooperation: Standpunkte für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflegeausbildung

BIRGIT VOSSELER

In der hochschulischen Pflegeausbildung stehen Ausbildungsverantwortliche vor der Herausforderung, drei Lernorte zu vernetzen, die sich durch unterschiedliche rechtliche und bildungstheoretische Systeme grundlegend voneinander unterscheiden. Lernortkooperation im direkten Austausch bietet die Möglichkeit zur Ausweitung der Lernmöglichkeiten sowie zur Schaffung einer professionellen beruflichen Identität. Erkenntnisse aus den Modellprojekten „Pflegeausbildung in Bewegung“ zeigen, dass mangels ausreichenden Informationsflusses Lernprozesse der Lernenden nicht zwischen den Lernorten kommuniziert werden (vgl. BMFSFJ, 2008, S. 118). Der Transfer von theoretisch gelehrtem Wissen in die Praxis gestaltet sich zunehmend als Herausforderung.
Der Beitrag thematisiert die Probleme, die im Zusammenhang mit der Kooperation und Koordination von ausbildungsbedingten Lernorten entstehen, und nähert sich einer systemtheoretischen Strukturierung und Organisation der Lernortkooperation mittels pflegepädagogischer Koordination an. Systemtheoretische Überlegungen, orientiert am biokybernetischen Denkansatz von Vester, und die Handlungsorientierung dienen als theoretische Basis, die Lernortkooperation zwischen den Lernorten Schule, Hochschule, Praxis und dem zukünftigen vierten Lernort „Skills Labs” in der hochschulischen Pflegebildung zu gestalten. Ziel des Beitrags ist es, durch das Aufzeigen eines theoriegeleiteten Handelns in der Gestaltung von handlungs- und transferorientierten Lehr- und Lernprozessen in Theorie und Praxis zur Qualitätssicherung in einer hochschulischen Pflegeausbildung beizutragen. Zudem soll im Kontext der Entwicklung der deutschen Pflegeausbildung der Frage nachgegangen werden, ob es zukünftig nur einen theoretischen Lernort Hochschule geben soll, an dem wissenschaftliche Grundlagen mit theoretischen Inhalten gelehrt werden und organisatorisch angebundene Skills Labs als fachpraktischer Lernort dienen, in dem eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis hergestellt wird. Zudem geht es darum, wie eine theoriebasierte Lernortkooperation zur Gestaltung von handlungs- und transferorientierten Lehr- und Lernprozessen in Theorie und Praxis zur Qualitätssicherung in einer hochschulischen Pflegeausbildung beitragen kann.

Einleitung

Anfang der 1990er-Jahre kam es in Deutschland zu einer Neuorientierung im Fachgebiet Pflege, hin in Richtung Akademisierung. Zunächst etablierten sich Studiengänge wie Pflegemanagement und Pflegepädagogik, die nach der beruflichen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege und auch der Geburtshilfe eine

akademische Weiterbildung ermöglichten (vgl. Schwermann/Ostermann, 2013; Kälble, 2013). Seit Inkrafttreten der Experimentierklausel in § 4 Abs. 6 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) und § 5 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) vom 17.11.2000 ist es möglich, die grundständige Pflegeausbildung mit einem pflegewissenschaftlichen Studium zu verbinden. Die daraus resultierenden Bachelorstudiengänge Pflege sind dual oder integriert ausgerichtet. Diese Entwicklung der Pflegeausbildung im Hochschulsystem führte zur Pluralisierung der Lernorte. Die veränderten Rahmenbedingungen erfordern eine intensivere Kooperation der Lernorte. Dabei ist es für Lernende wichtig, dass sich schon während des Lernprozesses an allen Lernorten ein Bezug zwischen Theorie und Praxis herstellen lässt. Hierbei hilft eine entsprechende Lernortkooperation und -koordination, durch die Lernende bei der Erreichung der komplexen Ausbildungsziele Unterstützung erfahren.

Die Struktur und Organisation der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung außerhalb der Hochschulen veränderte sich grundlegend mit dem Inkrafttreten des aktuellen Krankenpflegegesetzes (KrPflG) sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) im Jahr 2004. Die Gesamtverantwortung liegt nun bei den Berufsfachschulen bzw. bei den Schulen des Gesundheitswesens. Die Stundenzahl im theoretischen und praktischen Unterricht wurde von 1.600 auf 2.100 Stunden erhöht, die praktische Ausbildung von 3.000 auf 2.500 Stunden reduziert (vgl. Klie/Stascheit, 2010, S. 439). Für die ausbildenden Pflegeschulen bedeutet dies, den Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen und zu koordinieren (vgl. Blum et. al., 2006, S. 76, 116, 423). Im Gegenzug tragen die Praxisanleiter die Lernverantwortung für die Schüler in der praktischen Ausbildung. Seit 2004 müssen sie entsprechende Qualifikationen nachweisen, um Lernende in der Pflege anleiten zu dürfen. Mit dem bestehenden KrPflG sind die Pflegeschulen zudem aufgefordert, nach dem handlungsorientierten Lernfeldansatz zu unterrichten, mit gleichzeitiger Orientierung an einer wissenschaftlich fundierten theoretischen Ausbildung.

Die Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS) von 2006 zeigt, dass u.a. Kliniken seither eine verbesserte fachliche Vorbereitung der Lernenden wahrnehmen, allerdings mit Einschränkungen in der praktischen Wissensvermittlung. Zudem ist die Kooperation zwischen den Lernorten Praxis und Schule seit 2004 zeitaufwendiger. Für die praktische Ausbildung in der Pflege tragen die beteiligten Institutionen eine gleich hohe Verantwortung zum Erreichen der beruflichen Handlungskompetenz. Bei der Erweiterung um den Lernort Hochschule in der akademischen Pflegeausbildung kommt der beruflichen Qualifikation von Pflegenden zukünftig eine noch größere Bedeutung zu, da das Verhältnis von praktischem und theoretischem Wissen eine Neugewichtung erfährt. Über Kooperationen mit Einrichtungen aus der Praxis ergibt sich für die

akademischen Bildungseinrichtungen die Chance, zu Bindegliedern zwischen Wissenschaft und Praxis zu werden. In der Pflege hat die Zunahme von pflegespezifischem Wissen und pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen dazu geführt, dass nicht mehr unreflektiertes Erfahrungswissen, sondern evidenzbasierte Pflege die Grundlage pflegerischen Handelns bildet. Der Zusammenhang von ausreichend qualifizierten Pflegekräften und einer guten Ergebnisqualität ist belegt (vgl. Aiken et al., 2003; 2014, S. 290, 1617 ff.). Im Februar 2014 publizierte Aiken in der Studie „Nurses staffing and education and hospital mortality in nine European countries" den Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der Pflegeausbildung und dem Mortalitätsrisiko. Für die ausbildenden Institutionen besteht die Notwendigkeit, sich zukünftig auf veränderte Anforderungen der Wissensgenerierung strukturell und methodisch-didaktisch einzustellen. Hierfür sind neue Bildungs- und Kooperationskonzepte für die Lernorte erforderlich. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind wissenschaftlich fundierte Kompetenzen der Pflegenden erforderlich, damit sie im Berufsleben bestehen können. Die Möglichkeit, diese Kompetenzen zu erwerben, muss bereits während der Ausbildung geboten werden, mit der Folge, dass eine Veränderung des berufspädagogischen Handelns notwendig wird. Handlungsorientiertes Lernen sowie Schlüsselqualifikationen sind bedeutsam, wenn es um das Erlangen beruflicher Handlungskompetenz geht. Berufliche Handlungskompetenz bietet die Möglichkeit, das Gelernte in der Praxis umzusetzen (vgl. Görres et. al., 2005, S. 27 f.). Aus lernpsychologischer Sicht bzw. aus der Perspektive des Konstruktivismus findet Lernen nicht als isolierter Akt, sondern im Handlungszusammenhang statt. Daraus resultiert, dass Lernen und Arbeiten in der beruflichen Bildung und im Hochschulsystem nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. Vielmehr muss eine Verbindung zwischen wissenschaftlicher Fundierung und praktischem Erfahrungswissen ermöglicht werden. Voraussetzung für eine solche Verbindung ist eine Koordination der Lernorte. Doch gerade hier wird das besondere Verhältnis zwischen den theoretischen und praktischen Lernorten deutlich. Systemtheoretisch betrachtet handelt es sich um drei unterschiedliche Organisationssysteme in zwei unterschiedlichen gesellschaftlichen Teilsystemen. Auf der einen Seite steht das Organisationssystem *Lernort Schule*, im Bereich der akademischen Ausbildung, auf der anderen Seite der *Lernort Hochschule*; beide sind im Teilsystem Bildung verortet. Hinzu kommt das Organisationssystem *Lernort Praxis* im Teilsystem Beschäftigung. Alle Organisationssysteme haben ihren eigenen Sinn, auch wenn sich unterschiedliche Interessen, Erwartungen und Motive ableiten lassen (vgl. Brinker-Meyendriesch et al., 2001, S. 168 ff.) Resultat ist, dass es zu einer wechselseitigen Abgrenzung kommt, mit dem Ziel, sich gegenüber den jeweils anderen Lernorten behaupten

zu können (vgl. Euler, 2004, S. 12). Zwischen diesen Organisationssystemen steht der Lernende[1] als psychisches System. Dem Lernenden ist es kaum möglich, die Interessen der zwei bzw. in der akademischen Bildung drei Lernorte zu vereinen. Interaktion, Transaktion und Kommunikation durch die Beteiligten aller Lernorte ermöglichen erst eine Lernortkooperation.

Lernorte werden durch die Gestaltung von handlungs- und transferorientierten Lehr- und Lernprozessen in Theorie und Praxis verbunden; dies mit der Absicht, Lernziele, Lehrinhalte, Lehr- und Lernmethoden abzustimmen, um so die Ausbildungsqualität didaktisch-methodisch zu erhalten. Durch die Kooperation findet ein unmittelbares Zusammenwirken in Lernfeldern statt. Die Koordination ermöglicht ein abgestimmtes Nebeneinander im Theorie-Praxis-Transfer. Durch eine gelungene Lernortkooperation in der Verbindung von Handlungsorientierung und Handlungsbefähigung kann die Problematik des Theorie-Praxis-Transfers überwunden werden. Voraussetzung dafür sind eine gemeinsame Reflexion der Lerninhalte sowie Überlegungen, welcher Lernort bezüglich bestimmter Inhalte geeignete Lernmöglichkeiten zur Entwicklung von Kompetenzen bietet, und wie diesbezüglich eine Kombination der unterschiedlichen Lernorte gestaltet werden kann. Innovative Konzepte zur Lernortkooperation, wie z. B. Modellversuche zu arbeitsplatznahem Lernen, werden bereits erprobt (vgl. Görres et al., 2005, S. 41).

Das Theorie-Praxis-Problem stellt eine Herausforderung für die Berufspädagogik dar. Grundlage für die Implementierung innovativer Lernmodelle zur Lernortkooperation ist das Wissen über die Ausgangslage der Kooperation zwischen den Lernorten. Zentrum aller Überlegungen und Erprobungen sollte der Lernende sein.

7.1 Vier Lernorte: Schule, Praxis, Hochschule und Skills Labs

Nach der Definition des deutschen Bildungsrats ist ein Lernort

> „im Rahmen des öffentlichen Bildungswesens [eine] anerkannte Einrichtung (…), die Lernangebote organisiert. Der Ausdruck ‚Ort' besagt (…), dass das Lernen nicht nur zeitlich (…), sondern auch lokal gegliedert ist. Es handelt sich aber nicht allein um räumlich verschiedene, sondern in ihrer pädagogischen Funktion unterscheidbare Orte" (Zöller, 2009, S. 35).

Unter Lernort werden also all jene Orte verstanden, deren Ziel es ist, geplantes oder auch beiläufiges Lernen zu ermöglichen. Sie beschreiben Bildungseinrichtungen sowie weitere Einrichtungen, Plätze und Situationen, in denen zum theoretischen und praktischen Lernen angeregt wird. Lernorte ermöglichen es den Lernenden, sich neue Erfahrungen und neues Wissen anzueignen,

1 Als Sammelbegriff für Schüler/Auszubildende/Studierende, je nach Lernort

indem sie Ausschnitte aus der Arbeitswirklichkeit aufbereiten und selbstständiges und kooperatives Lernen ermöglichen (vgl. BMFSFJ, 2008, S. 1006).

Der Lernort Schule ist für die Gestaltung des schulischen Lernens verantwortlich. Hier hat der Lernende die Möglichkeit, sich theoretisches Wissen anzueignen, um dieses durch den realen Praxisbezug für weiterführendes Lernen verwertbar zu machen (vgl. Selinger, 2006, S. 610). Zudem sollen erlebte Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem beruflichen Alltag reflektiert und deren Ergebnisse in den schulischen Alltag aufgenommen werden. Der Lernort Schule hat den didaktischen Auftrag, im Rahmen der Curriculumsentwicklung Lernsituationen zu bilden, in Unterricht zu überführen und entsprechende Lern- und Lehrarrangements zu entwickeln, um das Ziel einer umfassenden Handlungskompetenz[2] zu erreichen (vgl. BMFSFJ, 2008, S. 106). Zu den Kompetenzen, die an den theoretischen Lernorten entwickelt werden, gehören u.a. die Gestaltung der Lernprozesse, die Vernetzung von Theorie und Praxis, die Wissensvermittlung, die Reflexion von Erfahrungen und Erkenntnissen, soziales Lernen sowie die berufliche Verwendung der Lerninhalte. Berufspädagogisch stellt diese Kompetenzorientierung die größte Herausforderung dar, weil die Lernbiografien der Lernenden vom Fachunterricht geprägt sind.

Ein umfassender Erwerb von beruflicher Handlungskompetenz kann nicht allein durch Theorie gewährleistet werden. Einbezogen werden muss auch die Praxis, da sich kompetentes Handeln erst in der Praxis zeigt. Der Lernort Praxis und die angeleitete Ausbildung in der Praxis ermöglichen es den Lernenden, in konkreten beruflichen Situationen angemessen zu handeln und berufliche Handlungskompetenz und Erfahrung zu erwerben. Zur Kompetenzentwicklung am Lernort Praxis gehören u.a. die Reflexion der Lern- und Arbeitsprozesse sowie das soziale Lernen. Erst die Partizipation an der Berufswelt ermöglicht das situative Lernen mit authentischem Handlungsbezug. Für die Organisation des Lernens in der Praxis ist die Anleitung durch qualifizierte Praxisanleiter von zentraler Bedeutung. Die Interaktion dieser beiden Systeme (Bildungs- und Beschäftigungssystem) kann nur durch funktionierende Kommunikation, Transparenz und Kooperation gelingen. Dies bedeutet, dass die „Lernprozesse in Schule und Praxis in einer umfassenden und inneren Vernetzung aufeinander bezogen" (Selinger, 2006, S. 610) werden.

Die Pflegeschulen sind im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für die Prozesse der praktischen Ausbildung im Sinne eines umfassenden Pflegeverständnisses verantwortlich. Durch die gesetzliche Verankerung soll eine Sicherstellung der Ausbildungsqualität gewährleistet werden.

2 Grundlagen professionellen Handelns sind Fach-, Methoden-, Lern-, Sozial- und Selbstkompetenzen sowie kommunikative Kompetenzen.

Die Begleitung und Anleitung in der Praxis soll den Lernenden beim Erwerb neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten unterstützen, die idealerweise in einer beruflichen Handlungskompetenz münden. Neben den persönlichen Voraussetzungen – wie beispielsweise die Motivation, Erlerntes in der Praxis umzusetzen –, die Lernende mit in die Ausbildung bringen, hängt der Lern- und Handlungserfolg von äußeren Faktoren ab (vgl. Mensdorf, 2005, S. 30 f.). Hier zeigt sich, dass beide Lernorte Schule und Praxis eng und abgestimmt zusammenarbeiten müssen, um der Kompetenzorientierung gerecht zu werden.

In der hochschulischen Pflegeausbildung kommt, neben den beiden Lernorten Schule und Praxis, die Hochschule als dritter Lernort hinzu. Der Lernort Hochschule ist für die wissenschaftliche Durchdringung des Fachgebiets, für das Erreichen der damit verbundenen Qualifikationsziele und für die Entwicklung von wissenschaftlichen Methodenkompetenzen verantwortlich. Er muss in enger Curriculumabstimmung mit dem Lernort Schule verbunden sein, damit die ergänzende pflegewissenschaftliche Qualifizierung die Ausbildungsziele gemäß § 3 KrPflG unterstützt. Um den gesellschaftlichen Herausforderungen gerecht zu werden, sollte zukünftig die fachpraktische Kooperation der Lernorte Schule und Praxis durch die neuen Studiengänge und damit durch eine engere Kooperation zwischen den Lernorten Hochschule und Praxis ersetzt werden.

Im Sinne der Lernortkooperation bedarf es im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung Skills Labs, in denen eine Zusammenführung von Theorie und Praxis stattfinden kann. Der Ausdruck Skills Labs beinhaltet die Begriffe „skills" für Fertigkeiten[3] und Fähigkeiten[4] und „lab" für laboratory, verstanden als Experimentierraum. Skills Labs sollten Bedingungen der beruflichen Praxis originalgetreu abbilden. Innerhalb der Skills Labs sollen „pflegerische Fertigkeiten, in systematischer Analyse, Gliederung und Abfolge vermittelt und [begleitet] trainiert werden" (Schewior-Popp, 2005, S. 19). Die Laborsituation wird hierbei bewusst gewählt. Ziel von Skills Labs ist es, die Lernenden auf die pflegerische Praxis vorzubereiten und die fachpraktische Ausbildung an einem theoretischen Lernort zu verbessern. In Skills Labs haben die Lernenden die Möglichkeit, pflegerische Handlungen in geschützter Atmosphäre zu erlernen und zu üben. Praktisches Lernen kann hier separiert werden, da keine externen Einflussfaktoren wirken und Pflegesituationen reproduziert werden können (vgl. St. Pierre/Breuer, 2013, S. 106). Durch diesen

3 Routiniertes Handeln meint Geschicklichkeit im kognitiven, motorischen und sozial-psychologischen Sinne, d. h. Wissen über die Durchführung sowie das Können einer Maßnahme.

4 Beschreibt die Geschicklichkeit im kognitiven, motorischen und sozial-psychologischen Sinne – Wissen über die Durchführung, sowie das Können einer Maßnahme.

neuen integrierten vierten Lernort werden die vom aktuellen KrPflG geforderte Kompetenzorientierung und die pflegewissenschaftliche Befähigung befördert.

7.1.1 Der neue vierte Lernort in der hochschulischen Pflegeausbildung

Während die Pflegewissenschaft mittlerweile einige Berufsanalysen und Studien zum Aufgabengebiet vierter Lernort Skills Labs vorweisen kann, gibt es bezogen auf die Organisationsstruktur pflegeberuflicher Arbeitsprozesse, vor allem im praktischen Ausbildungsbereich, noch Forschungslücken (vgl. Darmann-Finck, 2010, S. 35). Theorien und Konzepte zum Lernen im Betrieb wurden vor allem in den USA seit den 1970er-Jahren im Umbruch von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft entwickelt und eingesetzt. Ganzheitliches systemisches Denken und Handeln, Integration von Lernen und Arbeiten und Selbstorganisation sind das Ziel lernender Unternehmen (vgl. Dehnbostel et. al., 1998, S. 7 f.). In Deutschland beschränken sich einschlägige Didaktiken bis heute vor allem auf das Lernen durch individuelle Lernprozesse am Lernort Schule. Die Berufsbildung überließ die Weiterentwicklung des Lernens am Lernort Betrieb meist der Personal- und Organisationsentwicklung. Heute ist die Notwendigkeit der Erweiterung um die Sichtweise auf erfahrungsbasiertes Lernen in Theorie und Modellen betrieblichen Lernens in modernen Arbeitsprozessen bekannt. Für die betriebliche Bildung bedeutet dies den Übergang von der schlichten Qualifizierung der Auszubildenden hin zum Lernen mit dem Fokus auf Kompetenzentwicklung (vgl. Rebmann/Tenfelde, 2008, S. 1). Kompetenzentwicklung im Rahmen der Lernortkooperation bedeutet die Fähigkeit und Bereitschaft, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, reflektiert und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln und persönliche Handlungsmöglichkeiten ständig weiterzuentwickeln. Vorbild für die Pflegeausbildung ist die allgemeine berufliche Bildung, in der Lernwerkstätten traditionell vorhanden sind. In der Berufs- und Wirtschaftspädagogik haben sich seit Jahrzehnten das Prinzip des handlungsorientierten Lernens und die Entwicklung situationsorientierter Curricula durchgesetzt. Erkennbar ist dies an lernfeldorientierten Rahmenlehrplänen. Das lernfeldorientierte Lehren, welches für die Ausgestaltung des vierten Lernortes Skills Labs notwendig ist, wurde durch die Novellierung des KrpflG 2004 ermöglicht. Das bestehende KrPflG eröffnet Gestaltungsspielräume für Curricula mit fallorientierten Lehr- und Lernarrangements. Das Lernen am vierten Lernort in der Laborsituation Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass sich hier Anforderungen der Berufswirklichkeit widerspiegeln. Lernende, die ihr Wissen durch die Bearbeitung von bedeutenden authentischen Pflegeproblemen erlangen, verknüpfen dieses Wissen bereits im Prozess des Lernens und wie-

derholten Übens. So wird die Generierung trägen Wissens vermieden und das Wissen in einer späteren realen Handlungssituation für die Lernenden abrufbar gemacht (vgl. Darmann-Finck, 2010, S. 35 f.).

Am vierten Lernort, der die Theorie mit der Praxis in einer Laborsituation verbindet, können Aspekte lern- und kompetenzförderlicher Arbeit angstfrei und ohne Gefahren für den Patienten geübt werden. Dem Lernenden wird die Möglichkeit der professionellen, individuellen Entwicklung (keine Über- oder Unterforderung) gegeben. Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeit, wie vollständige Handlungsorientierung, Problem- und Komplexitäts-/Kollektivitätserfahrung oder strukturelle Selbstreflexivität zeigen deutlich, dass die Laborsituation notwendig wird, um Lernende für evidenzbasiertes Handeln zu befähigen. Über Lernprozessbegleitung wird ein vierter Lernort vor allem dadurch lernförderlich, dass die Lernenden ihre Arbeit als Lernumgebung verstehen und nicht nur als Handlung im Arbeitsalltag. So können sie die oben genannten Kriterien gestaltend anwenden (vgl. Dehnbostel/Elsholz, 2007a, S. 36 f.).

Skills Labs in der Pflegeausbildung setzen in verschiedenen Konzepten an der mangelnden Transferwirksamkeit des Lernens in der beruflichen Bildung an. Einerseits ist das theoretisch Gelernte für die Bewältigung alltäglicher beruflicher Handlungssituationen oft nicht abrufbar, oder es ist zu praxisfern und kann deshalb nicht mit der Pflegehandlung verknüpft werden. Andererseits fehlt dem im Arbeitsalltag erworbenen Wissen und Können oft die vertiefende Reflexion. Dies widerspricht der Erlangung pflegeberuflicher Kompetenzen anhand der geforderten Flexibilität durch ein exemplarisches Fallverständnis. Ein vierter Lernort übernimmt folglich eine Schnittstellenfunktion zwischen Theorie und Praxis und übersetzt das theoretisch Gelernte in die berufliche Praxis in wechselseitiger Ausrichtung der Transferprozesse. Gute Praxisbegleitung zur Ausbildung von Pflegekompetenz über Reflexionsprozesse steht somit in direktem Zusammenhang mit der Institutionalisierung eines vierten Lernortes. Er ermöglicht gelebte Lernortkooperation, wenn alle am Lernprozess Beteiligten gemeinsam ihr Handeln abstimmen und gleichermaßen als Lernprozessbegleiter und Ansprechpartner zur Verfügung stehen (vgl. Radke, 2008, S. 144 f.). Dieser fähigkeiten- und fertigkeitenorientierte fachpraktische Unterricht hat zum Ziel, dass die Lernenden anfangs nicht direkt am Patienten üben. Damit können sie Handlungsmuster bis zur „Best Practice" an Simulationspuppen trainieren und reflektieren (vgl. Radke, 2008, S. 147). An die Stelle bisherigen Lernens und Instruierens tritt Begleitung und Coaching im selbstgesteuerten Prozess (vgl. Dehnbostel, 2007b, S. 74 f.).

7.1.2 Lernorte verbinden – Lernortkooperation in der Pflegeausbildung

Durch die zunehmende wissenschaftliche Fundierung von Handlungskompetenzen in der beruflichen Ausbildung entsteht ein Bedarf an Abstimmung zwischen Lernanforderungen an den theoretischen Lernorten sowie den Ausbildungsansprüchen am Lernort Praxis. Eine besondere Bedeutung hierbei hat nicht nur der Theorie-Praxis-Transfer, sondern ebenso der Praxis-Theorie-Transfer. Der Begriff Lernortkooperation beschreibt die technisch-organisatorische sowie die pädagogische Zusammenarbeit der an der akademischen und beruflichen Bildung beteiligten Lernorte. Für eine gelingende Lernortkooperation ist es notwendig, die Verschiedenheit der Lernorte wahrzunehmen und auf deren unterschiedliche Interessen in Form der handelnden Personen einzugehen. Aufgrund der Verbindung von Theorie- und Praxisanteilen ergibt sich ein Kooperationsbedarf im Hinblick auf die inhaltlichen Aufgaben sowie die Problemstellungen, die innerhalb der Lernorte vorhanden sind. Ein gemeinsames Curriculum ist Grundvoraussetzung einer Lernortkooperation (vgl. Zöller, 2009, S. 35).

Die Verbindung von schulischer und betrieblicher Ausbildung geht auf die 1960er-Jahre zurück, als mittels eines Gleichauf-Curriculums die beiden Bereiche zusammengeführt wurden. Ausbildungsinhalte wurden im Sinne einer didaktischen Parallelität separiert und den jeweiligen Lernorten zugeordnet. Obgleich diese Denkweise überwiegend aufgegeben wurde, wird bis heute darauf Bezug genommen. Hierbei konzentrieren sich die traditionellen Ansätze der Lernortkooperation „im Wesentlichen auf Versuche, Formen der inhaltlichen Abstimmung zwischen der betrieblichen und schulischen Ausbildung zu finden" (Euler, 2008a, S. 17). Auszubildende bewegen sich in zwei Welten, die inhaltlich mehr oder weniger zusammenhanglos nebeneinander stehen, was schon Ende der 1970er-Jahre in einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung bestätigt wurde (vgl. Franke/Kleinschmitt, 1979, S. 40 ff.). Formen der aufeinander bezogenen Aus- und Weiterbildung, Aufbereitung von Materialien sowie deren Nutzeffekte für die Lehrenden wurden als Gegenmaßnahme gesehen. In Einzelfällen wurde aus dem nicht eingelösten Ideal eines Gleichlauf-Curriculums ein Abstimmungscurriculum. Um Hinweise und Kriterien für eine optimale Zuweisung von Ausbildungsinhalten und -zielen zu erhalten, konzentrierten sich die theoretischen Perspektiven auf Versuche, die spezifischen Leistungsvorteile einzelner Lernorte herauszufiltern.

Da die berufliche Bildung in der Pflege in Deutschland aufgrund der Berufsbildungsgesetze der Krankenpflege i. w. S. dual organisiert ist, wird ein klares Funktionsverständnis der Lernorte Schule und Praxis sowie eine zielgerichtete Aufgabenverteilung Grundvoraussetzung. Eine

gemeinsame Auseinandersetzung über die Bedingungen, mit welchen Zielen erfolgreich gelernt werden kann, ist entscheidend für eine wirksame Lernortkooperation. Ausschlaggebend für die anhaltende Kritik an der Pflegeausbildung ist die mangelhafte Vernetzung von Arbeiten und Lernen. „Für eine moderne Pflegeausbildung ist es daher wichtig, das traditionelle Nebeneinander der Lernorte aufzulösen zugunsten eines fruchtbaren Miteinanders" (Keuchel, 2006, S. 6). Dies gilt insbesondere bei einer fortschreitenden Akademisierung mit dem Übergang zu einer hochschulischen Ausbildung in der Pflege. Ziel ist es deshalb, ein stärkeres kooperatives Handeln der Lernorte und somit eine berufliche Handlungskompetenz zu erreichen.

Um die Qualität der ineinander greifenden akademischen und beruflichen Bildung zu verbessern, sollten sich die Beteiligten der verschiedenen Lernorte auf inhaltliche, konzeptionelle und methodische Zusammenarbeit verständigen (vgl. Euler, 2008a, S. 94 f.). Durch ein abgestimmtes Lehren und Lernen im unmittelbaren Zusammenwirken werden handlungs- und transferorientierte Lehr- und Lernprozesse in Theorie und Praxis gestaltet. Deshalb ist es zum Erhalt der Ausbildungsqualität notwendig, Lernziele, Lehrinhalte, Lehr- und Lernmethoden didaktisch und organisatorisch abzustimmen. Der Lernortkooperation sollte ein bildungstheoretisches Verständnis zugrunde liegen, das sich neben einer gemeinsamen Unterrichtstätigkeit auch durch eine sich gegenseitig wertschätzende Entwicklungsarbeit, ein reflektiertes Lehr- und Lernverständnis und eine teamorientierte Kooperation auszeichnet. Mit Blick in die Geschichte der Lernortkooperation „lässt sich eine Systematisierung der Berufsbildung feststellen, die mit einer Pluralisierung der Lernorte einherging" (Keuchel, 2006, S. 6). Auf der einen Seite veränderten sich die Bedingungen am Lernort Praxis, auf der anderen Seite differenzierten sich die theoretischen Ausbildungsorte. Der heutige Anspruch an lebenslanges Lernen in der beruflichen Bildung hat zu einer Renaissance des Arbeitsplatzes geführt.

> „Diese Renaissance ist primär auf neue Lernpotentiale sowie Lernnotwendigkeiten in modernen Arbeitsprozessen zurückzuführen, aber auch auf Nachteile, die mit der zunehmenden Reduzierung des Lernorts Arbeitsplatz einhergehen. So ist die Kluft zwischen Ausbildungssituationen und betrieblicher Realsituation größer geworden." (Dehnbostel, 1996, S. 12, zit. n. Keuchel, 2006, S. 7)

Um diesen Theorie-Praxis-Konflikt zu minimieren, muss ein gemeinsames Verständnis geschaffen werden.

Das traditionelle Berufserziehungsmodell der Pflege dominierte bis ins 20. Jahrhundert. Die beiden Lernorte standen ohne wirkliche Kontaktpunkte nebeneinander. Bisheriges Verständnis vom Lernort Praxis war das Lernen durch Mitarbeiten und Imitieren, ohne konkreten Bildungsauftrag. Dagegen war das Lernen in der Schule gekennzeichnet durch Fächersystematik, Theorie-

vermittlung und reproduzierendes Lernen von Fakten (vgl. Sieger, 2001, S. 8). Zur theoretischen Unterstützung der Verbindung von Theorie und Praxis hat Euler innerhalb der Lernortkooperation drei Intensitätsstufen herausgearbeitet, wobei das Gelingen im Wesentlichen von den Faktoren Information über Erwartungen, Erfahrungen und Probleme im Ausbildungsalltag, Koordination des pädagogischen Handelns und Kooperation abhängig ist (vgl. Euler, 2008a, S. 14 f.). Empirische Untersuchungen zeigen allerdings, dass die Lernortkooperation überwiegend bei Bedarf zur Klärung von Problemen und auftretenden Fragen stattfindet (vgl. Breuckmann, 2006, S. 33 f.). Um einen gelingenden Transfer vom Wissen aus der Theorie in die Praxis zu ermöglichen, müssen konzeptionelle, strukturelle und personelle Bedingungen und Voraussetzungen gegeben sein. Ziel ist eine strukturelle Verankerung der Lernortkooperation, um zu einem gemeinsamen Lern- und Ausbildungsverständnis zu gelangen, sich über Lehr-/Lernmethoden auszutauschen und gemeinsame Ziele zu entwickeln.

Aktuelle Forderungen an professionelle Pflege und die Erweiterung um den Lernort Hochschule in der integrativen akademischen Pflegeausbildung machen eine systematische Verknüpfung zwischen theoretischen Inhalten, wissenschaftlichen Grundlagen und Erfahrungswissen unabdingbar. Die Kooperation der Lernorte und die Entstehung neuer Lernortkombinationen sind zentrale Punkte im Reformprozess der Pflegeausbildung. Nur mit Transparenz und Klarheit über die jeweiligen Aufgaben und Verantwortungsbereiche kann der Aufbau einer beruflichen Handlungskompetenz der Auszubildenden unterstützt und gefördert werden.

7.1.3 Rolle und Funktion der Praxisanleitung in der Lernortkooperation

Im Rahmen einer Kooperationsbeziehung gibt es neben den vier Lernorten zahlreiche Personen, die integriert sind, wie Lernende, Lehrende, Praxisanleiter, Pflegepersonal und Mitarbeiter der Praxiseinrichtungen (vgl. Keuchel, 2006, S. 8 ff.). Die drei Hauptbeteiligten, Lernende, Lehrende (beider theoretischen Lernorte) und Praxisanleiter, stehen in wechselseitiger Verbindung mit unterschiedlichen Aufgaben in ihrem Verantwortungsbereich. Das Schnittstellenmanagement im Sinne der Gesamtverantwortung obliegt der Schule, die theoretische Fundierung liegt bei den Lehrenden, während die Praxisanleiter die Teilaufgabe der praktischen Anleitung übernehmen. Der Lernende hat die Verantwortung für seine individuelle Entwicklung in drei unterschiedlichen Systemen. Somit beeinflusst die Entwicklung des Lernenden die Gestaltung der Lernortkooperation ebenso wie eine gelungene Lernortkooperation sich positiv auf den individuellen Entwicklungsweg des Lernenden auswirkt. Lernende, unabhängig vom Qualifikationslevel, benötigen

gerade am Beginn der Ausbildung Sicherheit. Sie lernen durch Beobachten oder durch Anleitung, das bedeutet, „sie sind auf Handlungsschemata angewiesen, um Routine – im positiven Sinne – zu erlangen“ (Runde, 2006, S. 28). Transparente Strukturen tragen dazu bei. Im Laufe der Ausbildung werden ihre Handlungen präziser. Die Begründungskompetenz nimmt zu. Sie können mit dem Fortschreiten der Ausbildung ihre Selbstständigkeit ausbauen und sind nur noch punktuell auf Hilfe von Lehrenden und Praxisanleitern angewiesen. Die Fähigkeit der Selbstreflexion steigt, wenn Lernende sich einen Überblick über die beruflichen Eigenheiten verschafft haben. Diese berufliche Entwicklung muss in der Lernortkooperation und in der Qualifikation, Funktion und Rolle der Praxisanleitung bedacht werden.

Werden die Lernorte Schule, Hochschule und Praxis gegenübergestellt, wird die Aufgabenverteilung innerhalb der Lernortkooperation deutlich. Die Hauptaufgabe der Lehrkräfte in der Schule ist das Lehren von pflegespezifischen Inhalten. Lehrende in der Hochschule vermitteln die wissenschaftliche Betrachtung von Pflege und die Notwendigkeit der Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Die Praxisanleitung muss im Arbeitsalltag den Spagat zwischen Anleiten und Stationsalltag leisten. Sie ist damit konfrontiert, dass der Lernende mit der erlernten Pflegetheorie auf eine traditionelle Pflegepraxis stößt. Hier sollten die Lehrenden mit ihrem Gesamtüberblick über die Ausbildung zusätzlich Unterstützungsarbeit leisten im Sinne allgemein strukturierender Vorgaben für den Lernort Praxis (vgl. Runde, 2006, S. 25).

Die Rolle und die Funktion der Praxisanleitung stellen zentrale Schlüsselkriterien im Zusammenhang mit der Lernortkooperation dar. Zum einen soll der Praxisanleiter Pflegeexperte sein, zum anderen verkörpert er den Pädagogen und die Vertrauensperson bei Problemen (vgl. Mamerov, 2010, S. 5). Die Praxisanleitung benötigt ein hohes Maß an Handlungskompetenz, die in den unterschiedlichen Anleitungssituationen zum Tragen kommt. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des KrPflG regelt in § 2 die fachlichen und pädagogischen Anforderungen an den Praxisanleiter. In Abs. 2 sind zudem die Aufgabenbereiche gesetzlich geregelt, wobei die Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen sind und die Verbindung mit der Schule zu gewährleisten ist. Es wird deutlich, dass eine pflegerisch und pädagogisch qualifizierte Bezugsperson an allen drei Lernorten zur Qualitätssicherung beitragen würde.

7.1.4 Probleme bei der Koordination von drei Lernorten in der hochschulischen Pflegeausbildung

Bedingt durch das bestehende KrPflG von 2004 muss die Pflegeausbildung an einer staatlich anerkannten Pflegeschule stattfinden. Da durch diese gesetzlichen Bestimmungen eine reine akademische Pflegeausbildung auf Bachelorniveau an einer Hochschule nicht möglich ist, kommt es in der Umsetzung der Studiengangmodelle zur Erweiterung der Lernorte mit dem Problem, dass vom Lernenden an den drei Lernorten – Schule, Hochschule, Praxis – ein unterschiedlicher Status durchlebt wird. Am Lernort Schule sind sie Schüler in ihrer Rolle als Lernende. Am Lernort Praxis haben sie den Status der Auszubildenden und werden als Mitarbeiter angesehen. Am Lernort Hochschule wird Selbstorganisation von den Studierenden gefordert, sie müssen in der Lage sein, selbstverantwortlich zu arbeiten. Somit sind die Lernenden in ihrer gesamten Ausbildungszeit dem ständigen Rollenwechsel zwischen Schüler, Student und Arbeitskraft ausgesetzt. Dadurch entsteht für die Lernenden ein Rollenkonflikt innerhalb der verschiedenen Lernorte. Als Studierende sind sie frustriert bezüglich der Praxis, in welcher der Status Student nicht relevant ist. Als Studierende treffen sie in der Praxis auf eine unbekannte Verantwortung und haben keine angemessen qualifizierte Bezugsperson, mit der sie sich austauschen können. Diesen Rollenkonflikt zu leben, ist ein Problem der verschiedenen Lernorte, auch weil Lernende Verantwortung übernehmen, derer sie sich nicht bewusst sind. Der Stolz am Anfang schwindet, sobald sie sich der Verantwortung bewusst sind und mündet in Frustration und Ängste, weil es keinen Platz gibt, an dem der Konflikt aufgefangen wird.

Meist wird zu wenig darüber nachgedacht, welches die gemeinsamen Systemstrukturen sind und wie die Schnittstellen zu definieren und aktiv zu bearbeiten sind. Das Bewusstsein für die notwendige Kooperation alleine reicht nicht aus; es müssen Strukturen geschaffen werden. Nicht die in den jeweiligen Lernorten handelnden Personen, sondern die Wirkungen ihres formal voneinander unabhängigen Lehr- und Ausbildungshandelns interagieren und nehmen mit unterschiedlichen Reichweiten Einfluss auf die Lernenden, die diese in der erworbenen Handlungskompetenz repräsentieren. Die frühzeitige und möglichst systematische Vernetzung von Theorie und Praxis durch eine Bezugsperson, als unterstützende lernortübergreifende Koordinierungsmöglichkeit, ist förderlich für die Umsetzung einer kompetenzorientierten theoretischen Ausbildung. Hier wird der Bedarf an qualifizierten Praxislehrern deutlich, die Lernende in allen Lernorten begleiten, welche die Ausgestaltung aller Lernorte kennen und die Unübersichtlichkeit reduzieren, die durch die Zusammenarbeit von drei Lernorten zum Theorie-Praxis-Konflikt und Rollenkonflikt

führt. Die Hauptaufgabe der Praxislehrer besteht in der Vernetzung von Theorie und Praxis, in der sie vor allem für die Ausbildung der Lernenden in den verschiedenen praktischen Einsätzen verantwortlich sind. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, steht die Anleitung der Lernenden an erster Stelle. Diese sollte anhand von realen Lernsituationen praxisnah gestaltet, umgesetzt, dokumentiert und evaluiert werden und somit die beruflichen Handlungskompetenzen der Lernenden in den Blick nehmen (vgl. Selinger, 2006, S. 610 f.). Durch die Vernetzung von Theorie und Praxis werden wissenschaftliche Inhalte in die Praxis überführt. Auch wird eine Zusammenführung von wissenschaftlichen und praktischen Inhalten gewährleistet. In der Realität zeigt sich allerdings, dass Lernende zwar eine evidenzbasierte theoretische Ausbildung erhalten, dieses Wissen jedoch selten mit dem korrespondiert, was ihnen in der Praxis vermittelt wird (vgl. Auböck et al., 2013, S. 205). Durch den Praxislehrer kann schon in der Lehre und im Unterricht eine besondere Praxisnähe gesichert werden, wodurch der Transfer von der Praxis in die Theorie ermöglicht wird. Das Erkennen und Erleben typischer Situationen aus der Praxis unterstützt die Handlungsorientierung im Unterricht.

Ergebnisse aus den Modellprojekten „Pflegeausbildung in Bewegung" unterstützen die These, dass die Planung der praktischen Ausbildung auf der Grundlage fachdidaktischer Prinzipien eine umfassende Förderung der Lernenden auch in der Praxis fokussieren muss. Um dem zu genügen, müssen die Instrumente für den Theorie-Praxis-Transfer konzeptuell so aufeinander abgestimmt sein, dass sie ein konsistentes Praxiskonzept bilden. Die Modellprojekte zeigen bezogen auf den Theorie-Praxis-Transfer beispielhaft Kategorien und Instrumente, die dazu dienen, Transparenz zwischen den Lernorten herzustellen, um so zur lernortübergreifenden gemeinsamen Reflexion beizutragen (vgl. BMFSFJ, 2008, S. 115 ff.).

Der Austausch zwischen allen Beteiligten der drei Lernorte ist Voraussetzung für die Umsetzung der praktischen Ausbildung. Es entstehen Kooperations- und Kommunikationsprobleme, wenn keine Person verantwortlich den Prozess an den Schnittstellen zwischen den Lernorten koordiniert. Das Zusammenspiel von Fachkräftemangel, veraltetem Wissen und zunehmender Arbeitsverdichtung ist ein erschwerender Faktor, der eine Begleitung und Anleitung im Praxisalltag vor große Herausforderungen stellt (vgl. Mensdorf, 2005, S. 18 f.). Ein systemisches Konzept zur Lernortkooperation ermöglicht es, die Theorie handlungswirksam in die Praxis zu übertragen.

7.2 Theoretische Bezüge zur Verbindung der Lernorte

Die Basis für eine erfolgreiche Lernortkooperation bildet die theoretische Fundierung. Bei der Konzeption von Modellen zur Verbindung von Lernorten stehen die Lernenden mit ihrem Rollenkonflikt zwischen Schüler, Student und Mitarbeiter im Mittelpunkt. Im ständigen Wechsel zwischen den Rollen versucht der Lernende, den drei Systemen gerecht zu werden. Dieses Spannungsgefüge beeinflusst den Transfer von erlerntem Wissen zwischen den Lernorten. Durch eine systemtheoretische Betrachtung der Lernortkooperation können Kooperations- und Koordinationsansätze für den Lernenden zum lernförderlichen Prozess werden.

Zur Integration von Skills Labs als vierten Lernort in der hochschulischen Pflegeausbildung bieten die sozial-kognitive Lerntheorie oder das Lernen am Modell von Bandura (1976) und der handlungsorientierte Unterricht Möglichkeiten der theoretischen Strukturierung. Schneider definiert handlungsorientierten Unterricht als offenes Konzept, das Lernenden einen handelnden Umgang mit Situationen, Fragen oder Aufgaben ermöglicht. Dabei bildet die Handlung den Ausgangspunkt des Lernprozesses. Handlungsorientiertes Lernen ist realisiert, wenn die Planung des Lernprozesses integrativer Bestandteil des Unterrichtsgeschehens ist und die Lernenden gleichberechtigt in der Planungs-, Durchführungs- und Evaluationsphase sind (vgl. Schneider, 2003, S. 118).

7.2.1 Systemtheoretischer Ansatz zur Konzeption der Lernortkooperation in der hochschulischen Pflegeausbildung

Der systemtheoretische Ansatz nach Vester (1999, 2007, 2012) ermöglicht ein komplexes System zu erfassen und zu verstehen. Die Lernorte Schule, Hochschule und Praxis stellen ein je eigenes System mit seinen Subsystemen dar. Es gilt zwischen diesen Systemen im Sinne einer Lernortkooperation zu vermitteln, um die einzelnen Systeme, soweit möglich, zusammenzuführen. Ein fester Bestandteil in komplexen Systemen sind die Lernenden, die zugleich Schüler, Studierende und Mitarbeiter sind. Ziel einer erfolgreichen Lernortkooperation ist es, dass die Lernorte in einen Austausch treten und sich für eine kompetenzorientierte Qualifikation positiv ergänzen.

Menschen leben und arbeiten in einer komplexen Welt. Treten Probleme auf, wird die fehlende Fähigkeit, damit umzugehen, der Komplexität zugeschrieben. Der Blick aufs Ganze im Zusammenspiel geht zunehmend verloren. Bei der Perspektive auf ein System ist zu klären, ob es sich um ein komplexes System handelt, oder um einen Teil eines Systems, oder um einen einzelnen Mechanismus. Ein System unterscheidet sich grundlegend von Einzeldingen.

> „Wie jeder Organismus besteht ein komplexes System aus mehreren verschiedenen Teilen (...), die in einer bestimmten dynamischen Ordnung zueinander stehen [und] zu einem Wirkungsgefüge vernetzt sind." (Vester, 2012, S. 24 f.)

Wird ein System beeinflusst, entsteht Dynamik, welche unabwendbar die Veränderung des Charakters innerhalb des Systems herbeiführt. Systeme sind nach Vester offen. Sie verändern sich durch Interaktion, wodurch sie zusammenfinden und in enge Beziehung treten können. Inwiefern diese Systeme dauerhaft stabil sind, ist davon abhängig, „inwieweit ihre Organisation gewissen Grundprinzipien der Biokybernetik gehorcht oder diese missachtet" (Vester, 2012, S. 25). Kybernetik bedeutet die Steuerung und selbstständige Regelung ineinandergreifender, vernetzter Abläufe. Die Steuerung erfolgt durch

> „Impulsvorgaben zur Selbstregulation, (...) Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt, (...) [und die] Stabilisierung von Systemen und Organismen [erfolgt] durch Flexibilität, Nutzung vorhandener Kräfte und Energien sowie Ständiges Wechselspiel mit ihnen" (Vester, 2012, S. 154).

Ein strukturierter Ausbildungsverlauf und das traditionelle Zusammenwirken der unterschiedlichen Lernorte führt nicht selbstverständlich zum Erreichen der Ausbildungsziele, „denn komplexe Systeme verhalten sich nun einmal anders als die Summe ihrer Teile" (Vester, 2012, S. 25). Für eine erfolgreiche Lernortkooperation ist es notwendig,

> „das Verhaltensmuster komplexer Systeme in der Weise zu verstehen, wie wir die Funktionen eines ‚Organismus' verstehen, und Strategien entwickeln, die das Zusammenspiel und die Selbstregulation der Systemkomponenten – gewissermaßen die ‚evolutionäre Intelligenz' des Systems – mit einbeziehen" (Vester, 2012, S. 26).

Komplexität im Ausbildungsverlauf, die sich durch vier unterschiedliche Lernorte ergibt, bedeutet nicht zwangsläufig kompliziert. Es bedarf lediglich einer systemischen Herangehensweise, mit Instrumenten des biokybernetischen Denkansatzes, die eine adäquate Betrachtung komplexer Systeme ermöglicht**.** Der biokybernetische Denkansatz nach Vester umfasst acht Regeln, die Hilfestellung für Kooperation und Koordination in komplexen Systemen bieten. Orientierung für eine theoriegeleitete Lernortkooperation bieten die folgenden fünf von acht Regeln:

- 1: Negative Rückkopplung (Selbstregulation) muss über positive Rückkopplung (Dynamik) dominieren. Die Selbstregulation stabilisiert das System gegen negative Reize.
- 2: Die Systemfunktion muss vom quantitativen Wachstum unabhängig sein, da Stabilität und Zusammenhalt von maßgeblicher Bedeutung für das System sind.

- 4: Nutzung vorhandener Kräfte (Ressourcen) statt Bekämpfung und Abwehr von Problemen
- 5: Mehrfachnutzung von Organisationsstrukturen oder Funktionen
- 7: Symbiose: gegenseitige Nutzung von Verschiedenartigkeit durch Kopplung und Austausch, wodurch Abläufe optimiert werden

Ist es das Ziel, das System in seiner Komplexität und im Verhalten zu analysieren, sollten Vorgängen, die außerhalb des Systems stattfinden, weniger Beachtung geschenkt und Probleme nicht isoliert betrachtet werden. „Die Kunst des vernetzten Denkens beginnt (...) bereits mit dem Blickwinkel, aus dem wir die Welt betrachten." (Vester, 2012, S. 100) Eine systemische Sichtweise richtet die Perspektive von außen auf das Systeminnere, wodurch es möglich wird, auch das eigene System mit all seinen Facetten zu reflektieren. Erstrebenswert ist eine dauerhafte Stabilisierung der Systemdynamik durch das gegenseitige Ergänzen und den daraus entstehenden Nutzen, die Fähigkeit zur Entwicklung und Förderung von Teilfähigkeiten.

7.2.2 Theoretische Strukturierung fachpraktischen Lernens in der hochschulischen Pflegeausbildung

> „Handlungsorientierung nimmt seinen semantischen Ausgangspunkt vom Begriff des Handelns. Handeln ist mehr, als unreflektiertes Tun, es schließt den Aspekt der Bewusstheit, der Planbarkeit, der Begründbarkeit und damit der Verantwortlichkeit ein." (Schewior-Popp, 2005, S. 6)

Lernende orientieren sich in ihrer praktischen Ausbildung hauptsächlich am Handeln ihrer Vorbilder, wie Praxisanleiter und Pflegekräfte. Im Stationsalltag findet der Lernprozess über Beobachten und Nachahmen statt. Neben den in den Pflegeberufen wesentlichen psychomotorischen Dimensionen enthält das Handlungslernen ebenso kognitive und sozio-emotionale Aspekte. Das Fundament bilden die psychomotorischen Dimensionen, sie bewirken bewusste Entscheidungen und die daraus resultierenden Handlungen. Die affektiven Dimensionen „prägen Einstellung und Haltung zum und im Handeln" (Schewior-Popp, 2005, S. 167). Das Lernen durch Beobachten setzt Bandura mit sozialem Lernen gleich. Nach Bandura tragen positive und negative Verstärkungen und die Einstellung des Lernenden zum Lernerfolg bei. Pflegehandlungen, die an Stationsrituale gebunden sind, werden automatisch gelernt. Lernende eignen sich ritualisierte Handlungen im Pflegealltag auch dann an, wenn diese nicht mit den Zielen der schulischen Ausbildung und den pflegewissenschaftlichen Anforderungen der Hochschule übereinstimmen. Das Lernen am

Modell kann in den Lernorten Skills Labs und Praxis gezielt zur Gestaltung von Lernprozessen eingesetzt werden, wenn Voraussetzungen wie Akzeptanz, ein schülerbezogenes Anforderungsniveau, Sinnhaftigkeit und Motivation erfüllt sind (vgl. Schewior-Popp, 2005, S. 168). Der Praxislehrer kann die Prinzipien des sozial-kognitiven Lernens gezielt und geplant in Lern- und Anleitungssituationen einsetzen, da er positionsbedingt die Aufmerksamkeit der Lernenden bekommt und somit das Verhalten des Lernenden modellieren kann.

Um komplexe Handlungsabläufe zu durchdenken und zu reflektieren, ist es notwendig, die Handlungen in ihren Strukturzusammenhängen zu erfassen. Theoretisch fundiertes und geplantes Üben einzelner Sequenzen der Pflegehandlung und die Hinführung bis zur Erfassung der Pflegehandlung in ihrer Komplexität und Ganzheitlichkeit tragen dazu bei. Die Wirksamkeit und die Bewahrung des Gelernten hängt vom Selbstkonzept des Lernenden ab, von seinen bisherigen Erfahrungen und von seinem beruflichen Selbstverständnis, das sich im Laufe der Ausbildung entsprechend einer verantwortungsbewussten Ausübung des Berufes weiter entwickelt und durch positive Folgen, die mit der gelernten Handlung in Verbindung stehen, verstärkt wird.

Handlungsorientierte Lernprozesse in der hochschulischen Pflegeausbildung tragen zur Systematik des beruflichen Selbstverständnisses bei. Dies geschieht durch die Darlegung des Lernwegs,

> „der quasi spiralig in immer neuen komplexen Durchläufen der einzelnen Phasen (...) die Handlungsebene beruflicher Kompetenz entwickelt, und zwar in Interdependenz kognitiver, psychomotorischer und affektiver Lernprozesse“ (Schewior-Popp, 2005, S. 169).

Eine zunehmende Selbstständigkeit im Planen der Maßnahmen und die Fähigkeit, flexibel komplexen Situationen in ihrer Ganzheitlichkeit zu begegnen, sind das Ziel des Lernprozesses.

7.3 Diskurs zur theoriebasierten Lernortkooperation bei einer hochschulischen Pflegeausbildung

Das Eckpunktepapier zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes 2015 sieht zwei generalistische Grundausbildungen vor, eine berufliche und eine akademische (Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe, 2012). Aus den Erfahrungen der integrativen Pflegeausbildung mit hochschulischer Beteiligung, bei der Lernende zwangsläufig einem Rollenkonflikt ausgesetzt sind, und aufgrund der zukünftigen Anforderung an den Pflegeberuf, ist dies zielführend. Zukunftsorientierte und hochwertige Pflege braucht wissenschaftliche Grundlagen und eine gestufte Qualifikation, weshalb die hochschulische Pflegeausbildung einen Weg zur Professionalisierung des Pflegeberufes darstellt. Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Pfle-

gepraxis beeinflusst die Versorgungsqualität. Eine wissenschaftliche Qualifikation von Pflegenden und deren evidenzbasiertes Handeln wirken sich positiv für die Patienten aus: Studien aus den USA zeigen, dass 10 % mehr Pflegeexpertinnen mit Bachelorabschlüssen das Risiko, innerhalb von 30 Tagen im Hospital zu Versterben, um 5 % senken. Die Verweildauer sinkt, der Drehtüreffekt wird reduziert und es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Pflege-Fachexperten und der geringeren Häufigkeit von Harnwegsinfektionen, Pneumonien und Thrombosen (vgl. Aiken et al., 2003/2014; JAMA, S. 290, 1617–1623).

Im Hinblick auf die Entwicklung der deutschen Pflegeausbildung sind folgende Fragen zu klären:

1) Soll es zukünftig nur einen theoretischen Lernort Hochschule geben, an dem wissenschaftliche Grundlagen mit theoretischen Inhalten gelehrt werden und organisatorisch angebundene Skills Labs als fachpraktischer Lernort eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herstellen?
2) Wie soll eine theoriebasierte Lernortkooperation zur Gestaltung von handlungs- und transferorientierten Lehr- und Lernprozessen in Theorie und Praxis zur Qualitätssicherung in einer hochschulischen Pflegeausbildung beitragen?

Vesters Begriff der Komplexität spiegelt sich in der Lernortkooperation wider. Die Verbindung von vier Lernorten weist den Charakter eines komplexen Systems auf, welches aus verschiedenen Teilen besteht. Laut Vester sollen Systeme – hier die verschiedenen Lernorte – in Kontakt treten, um so eine Beziehung zu schaffen. Innerhalb dieser Lernorte befinden sich weitere Subsysteme, wie Lehrkräfte, Professoren, Praxislehrer oder Pflegekräfte. All diese Personen sind einem System zugeordnet. Nur die Lernenden bewegen sich in allen Systemen. Nur sie werden mit deren Komplexität konfrontiert. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung können Interventionen beitragen. Vester beschreibt als Intervention die Beziehung unter den Systemen und inwieweit sie sich an den acht Regeln der Biokybernetik orientieren. Personen, die an der Lernortkooperation beteiligt sind, sollten die Lernorte nicht isoliert, sondern ganzheitlich als System betrachten. Zielvereinbarungen und Lernaufgaben alleine garantieren keine erfolgreiche Lernortkooperation. Durch gesellschaftliche und berufspolitische Entwicklungen ändern sich die Anforderungen an die Lernorte und an die Lernenden, wodurch die Teilsysteme instabil werden können. Veränderungen sollten eine Chance auf Weiterentwicklung beinhalten. Nach Vester wäre das die evolutionäre Intelligenz des Systems, in dem Strategien zur Selbstregulation entwickelt

werden müssen mit dem Ziel, Lernenden im Theorie-Praxis-Transfer eine evidenzbasierte Ausbildung zu bieten, um so den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden.

Schon 2001 wurde im Sonderdruck „Pflege neu denken" der Robert Bosch Stiftung zur Zukunft der Pflegeausbildung darauf verwiesen, dass in der Umbruchsituation hin zu einer akademischen Pflegeausbildung eine Kooperation zwischen den theoretischen Bildungsinstitutionen und den praktischen Ausbildungsstätten besonders wichtig ist. Als Gegenstände kooperativer Arbeit werden der Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die pflegerische Ausbildung oder die Zuordnung von (alltäglicher) Pflegepraxis zu forschungsintendiertem Handeln beschrieben (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 75). Erforderlich hierfür ist, die Lernorte strukturell miteinander zu vernetzen und mittels lernortübergreifender Curricula auf Ausbildungsziele und Qualifikationsstufen auszurichten. Merkmal einer gut funktionierenden Lernortkooperation ist es, Komplexität in koordiniertes Handeln zu überführen, damit die Lernorte in eine Beziehung treten können. Die Beachtung der Grundprinzipien der Biokybernetik tragen zum Gelingen bei. Ziel der Koordinierung sollte eine Symbiose sein, von welcher die beteiligten Personen in den Lernorten und die Lernenden im Sinne von optimierten Abläufen profitieren. Kooperatives, abgestimmtes Handeln sollte hierbei verstanden werden als gegenseitiges Informieren über Erwartungen, Erfahrungen und Probleme im Ausbildungsalltag und als Abstimmung über berufspädagogisches und wissenschaftliches Handeln zwischen Praxislehrern, Theorielehrern und Hochschullehrern. So können gemeinsam vereinbarte Lernziele erreicht werden, damit Lernende den inneren Zusammenhang zwischen den jeweils vermittelten Ausbildungsinhalten und zu bearbeitenden Lernaufgaben herstellen können. Ohne Abstimmung zwischen allen an der Berufsbildung Beteiligten ist es fraglich, ob am Lernort Schule und Hochschule die Erwartungen der Lernenden richtig eingeschätzt werden können und ob von den Alltagserfahrungen hinreichend Kenntnisse vorhanden sind, um auf die lebensweltlichen Erfahrungen der Lernenden Bezug zu nehmen.

Lernortkooperationen ermöglichen einen institutionalisierten Austausch, wodurch die Teambildung zwischen den Lernorten erst möglich wird. Allerdings hängt die Kooperation als interpersonelles Geschehen von dem Wissen über die Wirkungszusammenhänge, dem Kommunikationsverhalten, dem subjektiven Wollen der Kooperationspartner und von ihren Vorstellungen bezüglich einer gelingenden Kooperation ab. Eine berufspädagogische Kooperation sollte auf einem didaktisch-methodisch begründeten Kooperationsverständnis basieren, das heißt auf der Auseinandersetzung mit Begründungszusammenhängen beruflichen Lernens in Theorie und Praxis. Dieses Kooperationsverständnis sollte sich zudem auf eine umfassende Bildungstheorie

stützen, aus der entsprechende Zielperspektiven für das gesellschaftliche Handeln abgeleitet sind (vgl. Paetzold, 2003, S. 76).

Eine stabile Beziehung zwischen den Lernorten muss durch die klare Unterscheidung von Verantwortungsbereichen unterstützt werden. Die Hochschule entwickelt die Module für die pflegewissenschaftliche Ausgestaltung der integrativen Pflegeausbildung über die drei staatlich geregelten Ausbildungsjahre hinaus. Die Schule trägt die Verantwortung für den Inhalt der theoretischen sowie praktischen Ausbildung in den ersten drei gemeinsamen Ausbildungsjahren. Unter den gegebenen gesetzlichen Regelungen ist die gegenseitige Nutzung von Verschiedenartigkeit durch eine abgestimmte Zusammenarbeit bei der Entwicklung eines gemeinsamen Curriculums zur Schaffung einer gemeinsamen Identität über die gesamte akademische Ausbildungsdauer erforderlich. Hierdurch entstehen klare inhaltliche und organisatorische Strukturen, die den Lernenden Sicherheit geben und die Stabilität der Systeme durch Zusammenhalt bewirken. Für alle Beteiligten in Theorie und Praxis wird ein Rahmen geschaffen, in dem Lernangebote kooperativ im Sinne eines umfassenden Konzepts handlungsorientierten Lehrens und Lernens gestaltet werden können.

Im Pflegeberuf nimmt die praktische Ausbildung den größten zeitlichen Anteil ein. Die Lernenden sind in der jetzigen Struktur der Ausbildung in das reguläre Arbeitsgeschehen einbezogen. Sie lernen innerhalb eines zu verantwortenden Handlungsgeschehens die konkreten Anforderungen des Berufes kennen, erwerben manuelle Fertigkeiten, übernehmen Normen, Einstellungen, Wertorientierungen und erfahren ihre individuelle Belastbarkeit. Durch den direkten Bezug zum Arbeitsplatz wird berufliche Identität entwickelt. Die Arbeitsplätze als „Lernort Praxis" müssen in ihrer Bedeutung erkannt und genutzt werden, indem theoretisch fundierte Anleitungen erfolgen, Möglichkeiten zum übenden Lernen geschaffen und Begründungen für das Handeln oder Unterlassen am Lernort erörtert werden (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 36 ff.). Bedenklich ist, dass der Lernort Praxis sich oft durch Unwissen über die hochschulische Pflegeausbildung kennzeichnet. Eine positive Rückkoppelung aufgrund von Ängsten und Identitätskämpfen muss im Stationsalltag vermieden werden durch Information sowie qualifikations- und kompetenzorientierte Pflegekonzepte, die zur Stabilisierung beitragen. Komplexität, die sich durch unterschiedliche Qualifikationsstufen im Pflegeberuf und durch die Anforderungen im beruflichen Alltag ergibt, sollte nicht zwangsläufig zu Problemen führen. Traditionelle, beruflich qualifizierte Pflegekräfte bringen wertvolle und intuitiv erworbene Erfahrungen aus dem Pflegealltag mit und Lernende verfügen über pflegewissenschaftliche Grundkenntnisse. Nach Vester soll die Verschie-

denartigkeit genutzt werden, um eine Symbiose zu erzielen. Durch die Beseitigung von Unsicherheit und Unwissenheit kann die Stabilität im System „Lernort Praxis" erreicht werden. Eine systemische und theoriegeleitete Lernortkooperation, welche durch den Praxislehrer koordiniert wird, trägt zum Verständnis am Lernort und zur lernortübergreifenden Qualitätssicherung bei.

Praktische Umsetzung einer theoriebasierten Lernortkooperation

Studien wie „Pflegeausbildung in Bewegung" (2008) oder „Kooperation der Lernorte in der beruflichen Bildung" (KOLIBRI) (2004) zeigen, dass eine pädagogische Bezugsperson fehlt, die an allen vier Lernorten als Ansprechpartner dient. Die Lernorte Praxis, Schule und Hochschule sollten in Abstimmung arbeiten, um den Lernenden eine lernortübergreifende Berufsausbildung zu ermöglichen. Um dieser Forderung gerecht zu werden bedarf es einer Person, die unterrichtend sowohl in der wissenschaftlichen und theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung tätig ist, und die zudem den klinisch-praktischen Unterricht gestaltet und somit inhaltlich als Bindeglied zwischen den Lernorten wirkt. Der Gefahr einer isolierten Betrachtung der Lernorte wird so entgegengewirkt. Praxiseinsätze können aufeinander abgestimmt werden.

Die neue, kompetenzorientierte Ausbildung stellt also hohe Anforderungen an die Qualifikation der pädagogischen Bezugsperson. Die Lernenden sind beim Erwerb ihrer beruflichen Handlungskompetenz im Rahmen ihrer Ausbildung auf Vorbildfunktionen angewiesen. Um eine erfolgreiche Lernortkooperation zu erreichen, ist die Betreuung der Lernenden innerhalb jedes Lernorts unerlässlich. Pflegepädagogen bringen – mit Blick auf die hochschulische Pflegeausbildung – diese notwendigen pflegefachlichen und pädagogischen Kompetenzen mit. Sie können damit der Umsetzung einer handlungsorientierten Theorie in der Praxis gerecht werden und die Lernenden lernortübergreifend begleiten. Pflegepädagogen als Bezugsperson und Koordinatoren werden zum Verbindungsglied zwischen den Lernorten, um eine Synergie in Bezug auf die praktische Ausbildung der Lernenden herzustellen. Durch kontinuierliche Begleitungen in Form eines übergreifenden Lernarrangements zwischen Theorie und Praxis sowie des zusätzlichen fachpraktischen und klinischen Unterrichts wird eine qualitativ hochwertige Ausbildung erreicht.

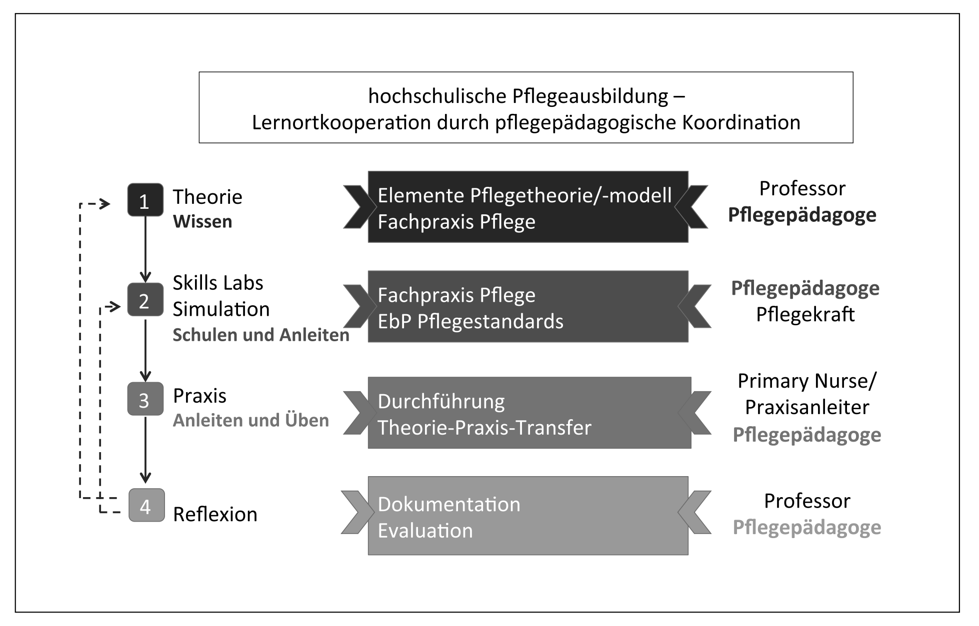


Abbildung 7.1: Lernortkoordination durch pflegepädagogische Koordination

Die Begleitung der Lernenden erfolgt, je nach Lernort, in verschiedenen Konstellationen durch den lernortübergreifenden Pflegepädagogen und einer weiteren lehrenden oder anleitenden Person. Durch diese Begleitung haben die Lernenden die Möglichkeit, ein breites Wissensspektrum in der Übungs- und Realsituation zu erhalten. Die unterschiedlichen Perspektiven der an der theoretischen, fachpraktischen und praktischen Ausbildung Beteiligten ermöglichen den Lernenden, ihr Handeln vielseitig zu reflektieren. Das theoriegeleitete und wissenschaftliche Tandem von Professor und Pflegepädagoge als Transferlehre bietet in der gemeinsamen Praxisbegleitung eine Plattform zum Austausch von Erfahrungen, wodurch Stabilität im System der Lernortkooperation erreicht wird und ein gegenseitiger Austausch über die Lebenswelten erfolgen kann. Die Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen an den Lernorten ist Voraussetzung für eine mögliche Umsetzung einer Lernortkooperation durch pflegepädagogische Koordination.

Der Theorie-Praxis-Transfer als übergreifende Aufgabe in der Koordination durch den begleitenden Pflegepädagogen ist ein Aspekt, der zu einer erfolgreichen Lernortkooperation beiträgt. Alltagsfragen, Alltagserfahrungen und Alltagsprobleme, welche die Lernenden in der beruflichen Praxis erfahren, werden bewusst durch theoretische und fachpraktische Lernsituationen rückgekoppelt, wodurch die theoretische Ausbildung stärker mit der Erfahrungswelt der Lernen-

den verbunden wird. Die theoretisch reflektierte berufliche Wirklichkeit sollte anschließend in Skills Labs rekonstruiert und simuliert werden. Für die Lernenden ist es hierbei erforderlich, dass sie dieses Fertigkeits- und Fähigkeitstraining in einem geschützten Rahmen unter Beobachtung von einem lernortübergreifenden Pflegepädagogen und ergänzenden Theorie- und Praxislehrern durchführen können. Die Integration des Lernortes Skills Labs an der Hochschule bietet zudem die Chance für die Weiterentwicklung der Pflegepädagogik im Bereich der theoriegestützten fachpraktischen Ausbildung. In der Umsetzung einer theoriebasierten Lernortkooperation dienen Skills Labs in der hochschulischen Pflegeausbildung als Verbindungsglied zwischen Theorie und Praxis. Erste Skills Labs wurden bereits in den 1970er-Jahren in den USA und den Niederlanden für die medizinische Ausbildung entwickelt. Hierbei wurden in Trainingsräumen praktische Basisfertigkeiten vermittelt, die für die spätere Berufspraxis relevant sind. Als Folge der Approbationsordnung für Ärzte aus dem Jahr 2002 wurden in Deutschland derartige Einrichtungen flächendeckend in nahezu jeder medizinischen Fakultät etabliert (vgl. Nussbaumer/von Reibnitz, 2008, S. 116 f.). Skills Labs in der Pflegeausbildung sind vor allem in angloamerikanischen Ländern sowie in Skandinavien etabliert. Seit acht Jahren wird in Deutschland das Ausbildungskonzept „Lernen in Skills Labs“ für die Pflege diskutiert und modellhaft erprobt.

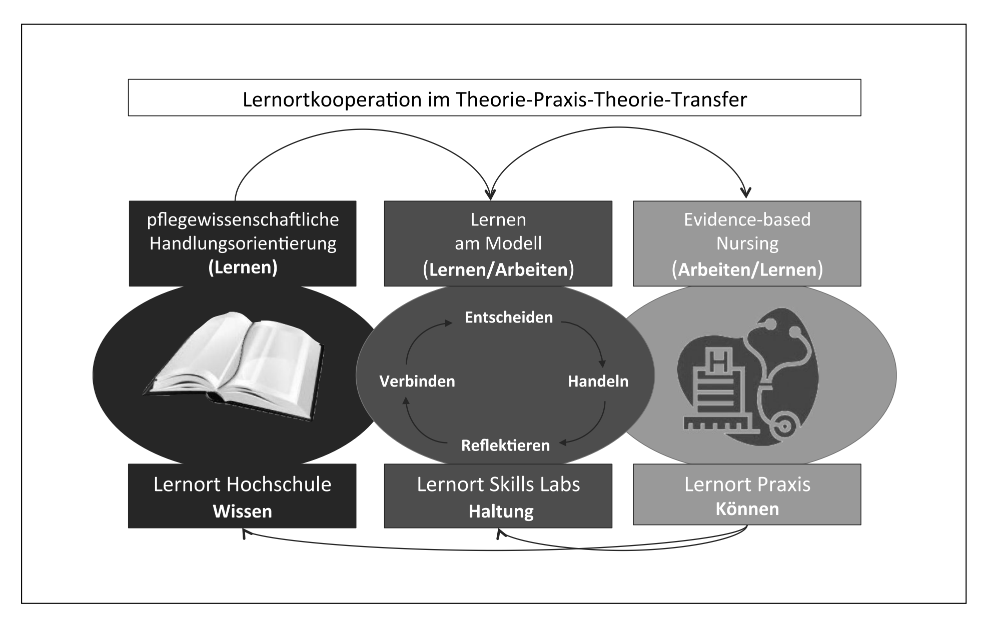


Abbildung 7.2: Lernortkooperation im Theorie-Praxis-Theorie-Transfer

Bei einer Integration des Lernorts Skills Lab in Hochschulen ist die Auswahl der Lehr- und Lernformen zu überdenken. Zur effektiven Nutzung müssen Skills in einen Handlungszusammenhang gebracht und passende Lernsituationen geschaffen werden, da der Schwerpunkt im Transferlernen liegt. Es ist ein fachpraktischer Unterricht zu gestalten, in dem sich Lernen an berufliche Handlungssituationen annähert, sodass Pflegesituationen realitätsnah angeleitet geübt werden können. Ziel ist es, allgemeine Kompetenzen zu erweitern, kognitive Komplexität, persönliche Flexibilität und Mobilität sowie kommunikative Kompetenz der Lernenden durch induktive, fächerübergreifende, transferfördernde Lernprozesse zu fördern und zu sichern. Die Rolle der Lehrenden ändert sich durch die handlungsorientierte Unterrichtsgestaltung in Richtung Lernprozessorganisation und Lernberatung. Ausschlaggebend für den Lernerfolg ist, dass die Pflegehandlungen theoretisch fundiert begründet und argumentiert werden können. Innerhalb dieses Prozesses findet eine Verbindung mit dem neu Erlernten statt. Jedem Transferlernen folgt eine Reflexion zwischen dem Pflegepädagogen und dem Lernenden, um das kognitive Durchdringen einer Handlung zu erreichen.

Mit fachpraktischem Unterricht in Skills Labs werden Lernende pflegewissenschaftlich auf den Pflegealltag vorbereitet, was in der hochschulischen Pflegeausbildung einen adäquaten Theorie-Praxis-Transfer gewährleistet. Mit Skills Labs als theoriebasiertem fachpraktischen Lernort an der Hochschule wird ein Ort geschaffen, an dem Lehrende die theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen mit den dazugehörigen praktischen Handlungskompetenzen ergänzen können. Lernende eignen sich ihre Verhaltensmuster von den beruflichen Vorbildern an, mit denen sie am häufigsten konfrontiert sind. Lernende in der Pflegeausbildung eignen sich ihre Verhaltensmuster am Lernort Praxis an. Ziel der Integration von Skills Labs im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung ist es, durch Lernen am Modell jeden Lernenden dazu zu befähigen, dass er komplexe Pflegesituationen im beruflichen Alltag in ihrer Ganzheitlichkeit erfassen und bewältigen kann, um so situativ angemessen und wissenschaftlich fundiert zu handeln.

7.4 Ausblick: Innovative hochschulische Pflegeausbildung durch theoriebasierte Lernortkooperation

In Berufen mit hohen Innovationszyklen besteht ein besonderer Bedarf an stetiger Aktualisierung der Qualifizierung. Die Reformerfordernisse der Pflegeausbildung werden seit Jahren in fachlichen und politischen Kontexten diskutiert. Wesentliche Kritik ist, dass die Pflegeausbildung eine gesetzliche Sonderstellung im beruflichen Bildungssystem hat. Dieser Sonderstatus des Bil-

dungsweges der Pflegeausbildung ist unter der Berücksichtigung zeitgemäßer bildungspolitischer Forderungen problematisch, da er eine systematische-strukturelle, organisatorische und inhaltliche Entwicklung der Ausbildung vor große Herausforderungen stellt, insbesondere in einer Zeit, in der sich das Tätigkeitsspektrum ebenso wie die Form der Berufsausübung sukzessive verändern. Die Anforderungen an den Pflegeberuf werden immer komplexer und die Versorgungsstrukturen verändern sich. Komplexer werdende Versorgungsprozesse bedürfen einer vertieften und auf wissenschaftlicher Basis beruhenden Ausbildung im hochschulischen Bereich, um das erforderliche Fachwissen auf eine wissenschaftliche Grundlage zu stellen (vgl. z. B. WR, 2012).

Zentrales Ziel der hochschulischen Pflegeausbildung ist die Verbesserung der Qualität des beruflichen Handelns und die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes, 2012). Zudem soll die hochschulische Pflegeausbildung zur Evidenzbasierung des beruflichen Handelns beitragen (vgl. WR, 2012). Durch die Akademisierung der Pflegeausbildung besteht die Chance – neben dem Erreichen einer beruflichen Handlungskompetenz – auf eine wissenschaftliche Durchdringung des Fachgebiets und auf eine fundierte Reflexion der Ausbildungs- und Studieninhalte im Zusammenhang mit dem zukünftigen Berufsfeld. Diese Bildungschancen und der damit verbundene Anstieg des Bildungsniveaus führen jedoch auch zu Widersprüchen im Arbeitsalltag der Pflegenden, insbesondere in der Verbindung der unterschiedlichen Lernorte für die Lernenden. Anspruch und Wirklichkeit fallen weiter auseinander. Lernende in der hochschulischen Pflegeausbildung gehen mit dem Anspruch einer wissenschaftlich fundierten Pflege in die Pflegepraxis. Durch die Integration des Lernorts Skills Labs und die Etablierung eines lernortübergreifenden Pflegepädagogen können diese Widersprüche bearbeitet werden. Lernende sind besonders darauf angewiesen, ihr Handeln an professionellen Vorbildern zu orientieren und evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Durch unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten des Wissens – am „Lernort Schule" praxisbezogen, am „Lernort Hochschule" theoriegeleitet – und den daraus resultierenden unterschiedlichen theoretischen Abstraktionsebenen werden durch das Üben am hochschulintegrierten Lernort Skills Labs neue Einblicke ermöglicht, die zu einer Verbesserung des Wissenstransfers Theorie – Praxis – Theorie und zu theoretischen und wissenschaftsbasierten Erkenntnissen führen.

Für die Entwicklung einer theoriebasierten Lernortkooperation in der hochschulischen Pflegeausbildung bedeuten die Ausführungen eine Gratwanderung. Die hochschulische Ausbildung soll an Qualifikationsanforderungen des Arbeitsmarktes ausgerichtet sein und damit an Qua-

lifikationen, die beruflich verwertbar sind. Bei einem Bildungsanspruch, der nicht bei der Vermittlung von direkt für den Arbeitsalltag verwertbaren Inhalten stehenbleiben will und Bildung im Sinne einer wissenschaftlichen Durchdringung des Fachgebiets mit der Befähigung zur kritischen Reflexion als Zielsetzung hat, führt dies zwangsläufig zu Problemen. In einem professionalisierungstheoretischen Verständnis wird als Merkmal professionalisierten Handelns, welches die hochschulische Pflegeausbildung beabsichtigt zu vermitteln, die widersprüchliche Einheit von wissenschaftlichem Wissen und hermeneutischem Fallverstehen genannt (vgl. Dörge, 2010; Raven, 2007; Isfort, 2003). Professionell Handelnde müssen in den wissenschaftlichen Diskurs eingebunden sein, um den Habitus von wissenschaftlich Argumentierenden zu erwerben. Der Weg führt über Forschung und Lehre (vgl. Oevermann, 1996, S. 102, 106 ff.). Professionelles Handeln findet aber auch in einer konkreten personalisierten Beziehung in der Praxis statt, in der ein individueller Fall verstehend nachvollzogen werden muss (vgl. Oevermann, 1996, S. 123 f.) Der lernortübergreifende Pflegepädagoge ermöglicht in dieser Personalisierung, Lernenden nicht nur Vorbild in der Praxis zu sein, sondern auch die Möglichkeit in den wissenschaftlichen Diskurs eingebunden zu werden.

Während früher primär das Zusammenwirken der Lernorte Praxis und Schule im Mittelpunkt stand, steht die Frage der Lernortkooperation heute in einem Netzwerk vielfältiger Lernorte und Zielansprüche. Lernortkooperation ist kein Modewort, sie muss als Teil eines lebendigen Netzwerks verstanden werden, da an allen Lernorten innovatives Wissen generiert und angewandt wird. Beispiele für institutionalisierte Lernortkooperation werden schon in frühen Studien wie „KOLIBRI“ (2004) oder „Pflegeausbildung in Bewegung“ (BMFSFJ, 2008) beschrieben. Sie fordert bis heute ein hohes Engagement aller Beteiligten. Insofern stellt sich auch die Frage, ob Lernortkooperation institutionalisierbar oder abhängig von persönlichen Netzwerken ist. Lernortkooperation findet statt, wo sich Interessen und Fähigkeiten der beteiligten Kooperationspartner gegenseitig ergänzen. Sie wird maßgeblich beeinflusst durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Lernorten, die in ihren politischen, ökonomischen, technischen und kulturellen Dimensionen die Möglichkeiten und Grenzen einer Lernortkooperation bestimmen. Ein systemtheoretischer Ansatz als Basis für ein zeitgemäßes und zukunftsweisendes Kooperationsmodell zwischen Lernorten mit unterschiedlichen Aufgaben und Rechtsformen ist eine Möglichkeit zur Gestaltung von handlungs- und transferorientierten Organisations-, Lehr- und Lernprozessen in Theorie und Praxis in einer hochschulischen Pflegeausbildung.

Lernortkooperation an sich stellt kein Ziel dar, sie muss immer mit konkreten Inhalten gefüllt werden. Im Fokus der Lernortkooperation steht die berufliche Handlungskompetenz von professionell Pflegenden unter Berücksichtigung medizinischer, epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Faktoren, die das Anforderungsprofil an den Beruf verändern. Der Lernortkooperation kommt in der hochschulischen Pflegeausbildung im Hinblick auf die Zielsetzung des Erwerbs der breit angelegten beruflichen Handlungskompetenz eine besondere Bedeutung zu. Im handlungsorientierten Unterricht werden die Lernenden nicht mehr durch eine segmentierte Unterrichtsgestaltung zum Ziel geführt. Vielmehr werden sie durch offene Aufgabenstellungen zum selbsttätigen Handeln aufgefordert. Skills ermöglichen die dazu passende Übungssituation. Begleitet von einem lernortübergreifenden Pflegepädagogen und geleitet von der Orientierung am „Lernen am Modell" kann in der Lernortkooperation ein Beitrag zur Evidenzbasierung in der Praxis geleistet werden.

Literatur

Auböck, U./Them, C./Haselwanter-Schneider, A. (2013). *Die Zukunft der praktischen Ausbildung von Pflegestudierenden*. In: Pflegewissenschaft, 04/2013, S. 197–207.

Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Blum, K./Isfort, M./Schilz, P./Weidner, F. (Hrsg.) (2006). *Pflegeausbildung im Umbruch. Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS)*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft.

BMFSFJ – Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familien und Jugend (2008). *Pflegeausbildung in Bewegung: Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Berlin.

Breuckmann, M. (2006). *Entwicklung braucht Zeit. Lernortkooperation und Organisationsentwicklung*. Padua 3/2006, Jg. 1, S. 33–34.

Brinker-Meyendriesch, E./Rustemeier-Holtwick, A./Schönlau, K. (2001). *Lernortkooperation – Von einer systemisch-theoretischen Betrachtung zu einer Gestaltung in den Pflegeausbildungen*. In: Sieger, M. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Bern: Hans Huber.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012). *Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes*. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (14.10.2014).

Darmann, I. (2004). *Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung*. Pflegepädagogik, PrInterNet 04/2004, S. 197–203.

Darmann-Finck, I. (2010). *Eckpunkte einer Interaktionistischen Pflegedidaktik.* In: Ertl-Schmuck, R./ Fichtmüller, F. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa, S. 13–49.

Dehnbostel, P./Erbe, H. H./Novak, H. (Hrsg.) (1998). *Berufliche Bildung im lernenden Unternehmen. Zum Zusammenhang von betrieblicher Reorganisation, neuen Lernkonzepten und Persönlichkeitsentwicklungen.* Berlin: Edition sigma® rainer bohn verlag.

Dehnbostel, P./Elsholz, U. (2007a). *Lern- und kompetenzförderliche Arbeitsgestaltung.* In: Dehnbostel, P./ Elsholz, U./Gillen, J. (Hrsg.): Kompetenzerwerb in der Arbeit. Berlin: Edition sigma, S. 35–48.

Dehnbostel, P. (2007b). *Lernen im Prozess der Arbeit. Studienreihe Bildungs- und Wissenschaftsmanagement.* Band 7. Münster: Waxmann.

Diesner, I./Euler, D./Walzik, S./Wilbers, K. (2004). *Abschlussbericht des Modellversuchsprogramms KOLIBRI.* http://www.blk-bonn.de/papers/heft114.pdf (28.10.2014).

Dörge, C. (2010). *Dienstleistung „Professionelle Pflege" – Lippenbekenntnis oder Handlungswirklichkeit?* http://wcms.uzi.uni-halle.de/download.php?down=10526&elem=2086323 (24.10.2014).

Euler, D. (Hrsg.) (2008a). *Handbuch der Lernortkooperation Band 1: theoretische Fundierungen.* Bielefeld: Bertelsmann.

Euler, D. (Hrsg.) (2008b). *Handbuch der Lernortkooperation Band 2: praktische Erfahrungen.* Bielefeld: Bertelsmann.

Franke, G./Kleinschmitt, M. (1979). *Das Blocksystem in der dualen Berufsausbildung. Berichte zur beruflichen Bildung.* Heft 19. Berlin.

Görres, S./Keuchel, R./Roes, M./Scheffel, F. et al. (Hrsg.) (2005). *Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege.* Bern: Hans Huber.

Isfort, M. (2003). *Die Professionalität soll in der Praxis ankommen.* Pflege Aktuell 6/2003, S. 274–277.

Kälble, K. (2013). *Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland.* In: Estermann, J./Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress "Gesundheitsberufe im Wandel", Winterthur 2012 (Reihe: Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Bd. 37. Studien zur Gesundheitsforschung, Bd. 4). Wien, Zürich, Luzern: Orlux, S. 161–184.

Keuchel, R. (2006). *Miteinander statt nebeneinander. Stand und Perspektiven der Lernortkooperation in der Pflegeausbildung.* Padua 3/2013, Jg. 1, S. 6–11.

Klie, T./Stascheit, U. (Hrsg.) (2010). *Gesetze für Pflegeberufe. Textsammlung.* 12. Auflage, Frankfurt a.M.: Nomos.

Mamerov, R. (2010). *Praxisanleitung in der Pflege.* 3. Auflage, Berlin: Springer.

Mensdorf, B. (2005). *Schüleranleitung in der Pflegepraxis. Hintergründe, Konzepte, Probleme, Lösungen.* 3. überarb. u. erw. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Nussbaumer, G./Reibnitz, C. von (Hrsg.) (2008). *Innovatives Lehren und Lernen. Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen.* Bern: Hans Huber.

Oevermann, U. (1996). *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. 3. Auflage, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 70–182.

Radke, K. (2008). *Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung.* Stuttgart: Kohlhammer.

Raven, U. (2007). *Zur Entwicklung eines „professional point of view“ in der Pflege.* PrInterNet 3/2007, S. 196–209.

Rebmann, K./Tenfelde, W. (2008). *Betriebliches Lernen. Explorationen zur theoriegeleiteten Begründung, Modellierung und praktischen Gestaltung arbeitsbezogenen Lernens. Schriften zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik.* Band 2, München: Rainer Hampp.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung.* Stuttgart: Schattauer.

Runde, A. (2006). *Ideen und Werkzeuge Instrumente und Methoden der Lernortkooperation.* Padua 3/2006, S. 24–28.

Schneider, K. (2003). *Orientierungshilfen für die Einführung von Handlungsorientierung.* In: Schneider, A./ Brinker-Meyendrisch, E./Schneider, K. (Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Berlin: Springer.

Selinger, Y. (2006). *Berufliches Selbstverständnis und Sichtweisen von Praxisanleitern zu formalen und inhaltlichen Aspekten der Altenpflegeausbildung.* PrInterNet 10/2007, S. 608–621.

Sieger, M. (Hrsg.) (2001). *Pflegepädagogik – Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung.* Bern: Hans Huber.

Schewior-Popp, S. (2005). *Lernsituationen planen und gestalten Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext.* Stuttgart: Thieme.

Schwermann, M./Ostermann, R. (2013). *Ein reflective practitoner in einem multidisziplinären Team.* Pflege Zeitschrift 5/2013, Jg. 66, S. 274–277.

St. Pierre, M./Breuer, G. (2013). *Simulation in der Medizin Grundlegende Konzepte – klinische Anwendung.* Berlin: Springer.

Vester, F. (2012a). *Denken, Lernen, Vergessen – Was geht in unserem Kopf vor, wie lernt das Gehirn, und wann lässt es uns im Stich.* 35. Auflage, München: dtv.

Vester, F. (2012b). *Die Kunst vernetzt zu denken. Ideen und Werkzeuge für einen Umgang mit Komplexität.* 9. Auflage, München: dtv.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen.* Berlin.

Zöller, M. (2009). *Berufliche Bildung gemeinsam gestalten.* Padua 9/2009, S. 34–36.

8 Neue Berufe zwischen Medizin und Pflege – Bedarfe und Regelungsnotwendigkeiten

GERD DIELMANN

In diesem Beitrag werden aktuelle berufliche Entwicklungen vor dem Hintergrund der Fachkräftesituation in medizinischen und pflegerischen Berufen analysiert. Die Krankenhäuser stehen dabei als zentrale Ausbildungsstätten im Mittelpunkt der Betrachtungen. Hier wurden in den letzten Jahren zahlreiche neue Qualifikationen und Teilqualifikationen in Aus- und Weiterbildung geschaffen. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt auf den Qualifizierungen in den chirurgischen Fachgebieten. Die neu entstehenden Berufe und Aufgabenzuschnitte können als grundständige Berufsausbildung, Fort- oder Weiterbildungsberuf oder berufsbezogener Hochschulabschluss eingeordnet werden. Sie sind im deutschen Berufsbildungssystem unterschiedlichen Regelungsmöglichkeiten zugänglich, die abschließend diskutiert werden.

Einleitung

Ein zunehmend an gesundheitsökonomischen Prinzipien ausgerichtetes Gesundheitswesen setzt nicht nur die Kostenträger unter Druck, sondern auch die für die Ausbildung und Weiterbildung der Gesundheitsberufe als zentrale Ausbildungsstätten fungierenden Krankenhäuser.

In den letzten Jahren hat sich eine Vielfalt an Bildungsangeboten mit mehr oder weniger ungeregelten Bildungsabschlüssen entwickelt, die für das vergleichsweise wohl geordnete deutsche Berufsbildungssystem untypisch sind. Drohende und z. T. bereits eingetretene Mangelsituationen beim Fachpersonal tragen das Ihre zu kurzfristigen und teilweise kurzsichtigen Lösungsversuchen bei. Dabei geraten rechtliche Regelungsbedarfe mitunter aus dem Blickfeld der hier handelnden Akteure.

8.1 Personalsituation in Krankenhäusern

Zwischen 1995 und 2008 wurden von rund 350.571 Stellen mehr als 50.000 Stellen (Vollkräfte) in Krankenhäusern abgebaut. Erst in den letzten Jahren gab es wieder einen leichten Anstieg auf ca. 310.000 Vollkraftstellen in 2011 (vgl. DKG, 2013a). Während im Pflegedienst, hier insbesondere im Pflegeassistenzbereich, Stellen abgebaut wurden, erlebten der ärztliche Dienst (trotz allgemein beklagten Ärztemangels), die Funktionsdienste und nicht zuletzt auch die med. techn. Dienste bemerkenswerte Stellenzuwächse (vgl. Abb. 8.1).

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) sieht eine der Hauptursachen für den höheren Ärztebedarf in der Neuregelung des Arbeitszeitrechts im Jahre 2004 (vgl. Blum/Löffert, 2010), mit dem der Ausdehnung der Wochenarbeitszeit durch zusätzliche Bereitschaftsdienste Schranken gesetzt wurden. Relativiert wird diese Annahme durch den hohen Anteil (47 %) an Ärztinnen und Ärzten, die von der tariflichen Möglichkeit des Opt-Out bei der durch das Arbeitszeitgesetz vorgegebenen Begrenzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden Gebrauch machen (vgl. Blum et al., 2013, S. 50).

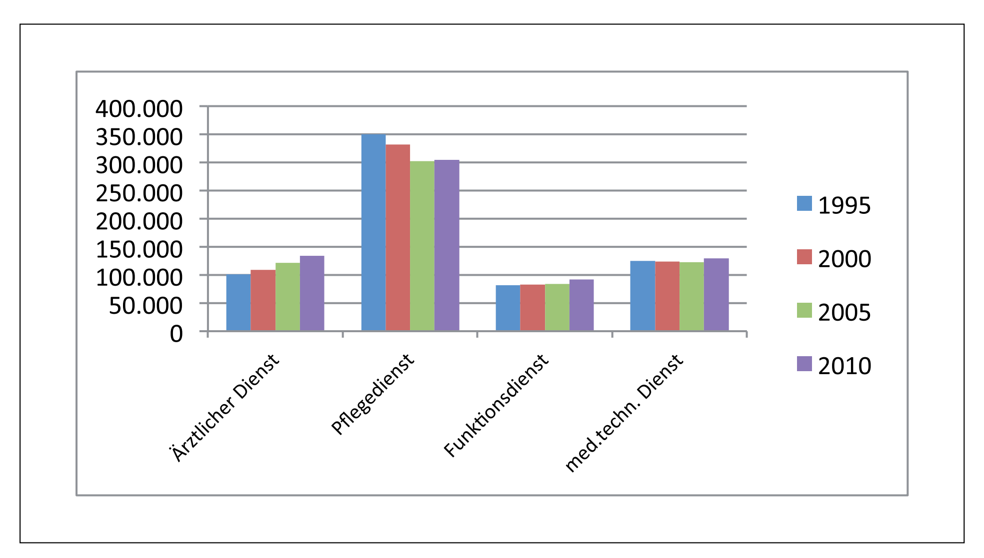


Abbildung 8.1: Krankenhauspersonal 1995–2010 (Vollkräfte) (DKG, 2013a)

Ausbildungsentwicklung

Ungeachtet der Mahnungen und Diskussionen um einen drohenden Fachkräftemangel (besonders beim Pflegepersonal), fand im Zeitraum von 1998 bis 2008 allein an Krankenpflegeschulen ein beispielloser Abbau an Ausbildungsmöglichkeiten statt. Von über 65.000 Ausbildungsplätzen in der allgemeinen Krankenpflege waren mehr als 10.000 abgebaut worden. Erst mit der Neugestaltung der Ausbildungsfinanzierung 2004 (vgl. Dielmann, 2005b; 2010a) erholte sich der Ausbildungsmarkt allmählich, sodass aktuell immerhin wieder rund 60.000 Ausbildungsplätze erreicht werden (vgl. Zöller, 2014). Kontinuierlich steil bergan steigt hingegen die Entwicklungskurve bei dem bundesweit staatlich (noch) nicht geregelten Ausbildungsgang zum Operationstechnischen

Assistenten/zur Operationstechnischen Assistentin (OTA), auf den in diesem Beitrag später näher eingegangen wird.

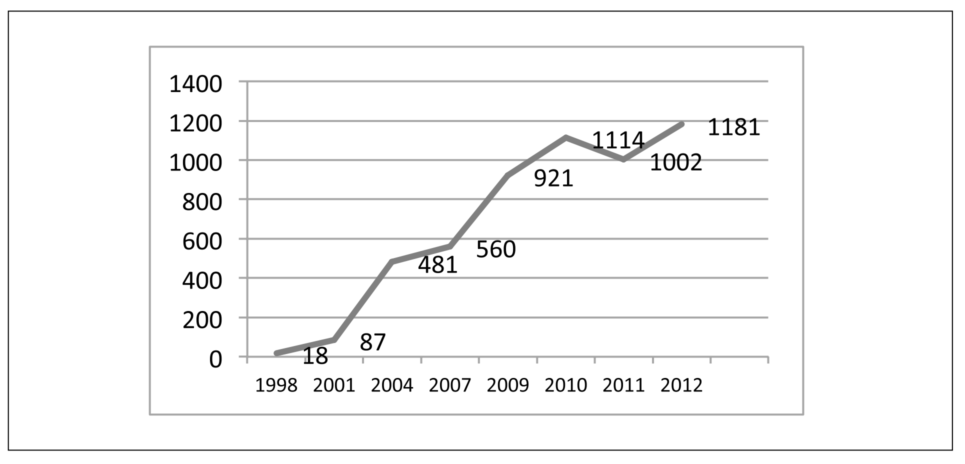


Abbildung 8.2: OTA-Ausbildungsentwicklung (Statistisches Bundesamt, 2000–2014)

In Abb. 8.2 sind nur die staatlich nicht geregelten Ausbildungsgänge an Schulen des Gesundheitswesens erfasst. Wenn man die Ausbildung zum/zur OTA an Berufsfachschulen (202) und zur Operationstechnischen Angestellten nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) an Teilzeitberufsschulen (110) hinzu addiert, so kommt man für das Jahr 2012 auf insgesamt 1.493 Auszubildende. Damit werden die Ausbildungszahlen der Diätassistenten/-innen von 1.647 beinahe erreicht.

8.2 Fachkräftemangel in Pflege und Medizin

Der regional, in einigen Fachgebieten und Versorgungsbereichen bereits bestehende Fachkräftemangel wird in verschiedenen Studien (vgl. z. B. Afentakis/Maier, 2010; BA, 2010; Tivig et al., 2013; Maier et al., 2014; Brenke, 2010; PWC, 2010; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010; Klose/Rehbein, 2011) auch für die Zukunft mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen prognostiziert. Während nach der Studie von PricewaterhouseCoopers im Jahr 2030 allein in den Krankenhäusern „über 400.000 Krankenschwestern, -pfleger und Pflegehelfer“ fehlen sollen (PWC 2010, S. 10), sieht Brenke (2010) vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) kurzfristig keinen Fachkräftemangel und konstatiert fehlende empirischen Grundlagen für entsprechende Prognosen. Afentakis/Maier (2010) stellen hingegen fest:

> „Aufgrund des demografischen Wandels wird der deutsche Arbeitsmarkt spätestens nach 2025 mit einem massiven Arbeitskräftemangel konfrontiert.“ (Afentakis/Maier, 2010, S. 1000)

In den Gesundheitsberufen ohne Approbation werde dieser Mangel bereits 2018 eintreten (ebd., S. 1001). Allerdings wird insbesondere für Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, entgegen weit verbreiteten Auffassungen, ein hohes Maß an Berufstreue sowohl im Beruf (79,5 %) als auch im Berufsfeld (88,2 %) bei Vollzeitbeschäftigung festgestellt. Bei Teilzeitbeschäftigten liegt die Berufstreue nur wenig niedriger, bei geringfügig Beschäftigten deutlich niedriger (vgl. Afentakis/Maier, 2010, S. 1000). Pflegefachkräfte haben eine nachweislich höhere Berufsbindung als beispielweise Helfer/-innenberufe in der Alten- und Krankenpflege. Diese Ergebnisse werden, wenngleich mit hohen regionalen Unterschieden, auch vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) bestätigt (vgl. Wiethölter, 2012).

Der insgesamt hohe Verbleib verweist auf beachtliche Potenziale, sich im Berufsfeld durch Fort- und Weiterbildung oder Studium weiter zu qualifizieren. Durch Umwandlung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in Teilzeitverhältnisse oder von Teilzeit- in Vollzeitverhältnisse bzw. durch Erhöhung der Wochenstundenzahlen, ließe sich der drohende Mangel zumindest verzögern (vgl. Afentakis/Maier, 2010, S. 1001).

Da Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung, soweit sie freiwillig erfolgen und nicht einem fehlenden Angebot an Vollzeitstellen geschuldet sind, zumeist familiär bedingt sind, könnte mit Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Fachkräftemangel erheblich abgemildert werden. Weitere Faktoren sind eine bessere Vergütung der Pflegearbeit und bessere Arbeitsbedingungen durch bessere Personalschlüssel, da Teilzeitarbeit zunehmend aufgrund von Überlastung im Beruf angestrebt wird (vgl. Roth, 2011, S. 21).

Ärztemangel bei steigenden Arztzahlen?

Während im Pflegedienst Stellenabbau die letzten Jahre geprägt hat und erst allmählich bei gleichzeitiger Umorganisation (vgl. Offermanns/Bergmann, 2010; Dielmann, 2009) neue Stellen geschaffen werden, ist die Zahl der Arztstellen in Krankenhäusern seit 1993 kontinuierlich angestiegen (vgl. DKG, 2013a, S. 32). Die Anzahl der bei den Ärztekammern gemeldeten berufstätigen Ärzte stieg im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um 2,5 % auf insgesamt 357.252 an und erreichte damit wiederum eine Rekordhöhe. Davon arbeiten 145.933 Ärzte im niedergelassenen Bereich und 181.012 in Krankenhäusern, das sind 1,3 % bzw. 3,5 % mehr als im Vorjahr. Der Anstieg der Krankenhausärzte ist somit überproportional.

Gleichwohl wird vielfach weiter von einem Ärztemangel ausgegangen (vgl. BÄK, 2014). Nicht zu Unrecht verweist die BÄK in diesem Kontext auf die Zunahme der Behandlungsfälle und den medizinischen Fortschritt, der mehr Behandlungsmöglichkeiten eröffne. Der hohe Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern konnte bei seit 1998/99 rückläufigen Studierendenzahlen nicht mehr durch die Ausbildungsbemühungen in Deutschland gedeckt werden. Erst im WS 2011/12 wurde die Zahl von über 82.000 Studierenden wieder erreicht (vgl. BMG, 2013, S. 93). Zunehmend wurden daher ausländische Ärzte rekrutiert, um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden. Dadurch stieg der Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern im Jahre 2013 auf 30,1 % (vgl. BÄK, 2014). Der größte Teil ist in Krankenhäusern beschäftigt. Die Zahl der ausländischen Ärzte stieg von 2010 bis 2012 von 12.270 auf 16.512 (vgl. BMG, 2013, S. 84).

Der geringere Anstieg der Ärztezahlen im niedergelassenen Bereich konnte auch dort den Bedarf nicht decken. Hier gibt es allerdings beträchtliche regionale Unterschiede. Einer hohen Arztdichte in den große Metropolen und lukrativen Regionen, etwa in Süddeutschland steht ein eklatanter Mangel in ländlichen Räumen, besonders im Osten Deutschlands, gegenüber. Während am Starnberger See eine Überversorgung mit 148,4 % und in Freiburg mit 141,3 % des an Einwohnerzahlen orientierten Bedarfs zu konstatieren ist, werden in Sachsen-Anhalt, in Dessau/Bitterfeld nur 79,2 % und im Saalkreis 64,8 % des Bedarfs erreicht (vgl. Klose/Rehbein, 2011, S. 14).

> „Wir haben es also bei den niedergelassenen Ärzten nicht mit Ärztemangel, sondern mit einem Verteilungsproblem zu tun." (Klose/Rehbein, 2011, S. 109)

So ist es auch nicht verwunderlich, dass die Modellversuche zur arztentlastenden Aufgabenübertragung auf Pflegepersonal und medizinische Fachangestellte (Modell AGNES)[1] in den ostdeutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt und Sachsen gestartet und später auch auf ländliche Regionen in Niedersachsen ausgedehnt wurden (vgl. DÄBl, 2012).

Die Zahl der Studierenden in Humanmedizin sank im Zeitraum von 1992 von über 93.000 auf 82.770 im WS 2011/12. Betrachtet man die erfolgreich abgelegten Abschlussprüfungen, so liegen die Zahlen in den letzten Jahren mit 10.213 in 2009 und 9.794 in 2011 um etwa 1.000 niedriger als Anfang der 1990er-Jahre (BMG, 2013, 93 f.).

1 AGNES steht für „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention". Das Modell wurde am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald entwickelt.

> „Mit rund 10.000 Medizinern pro Jahr bildet Deutschland - nach den USA mit rund 19.500 – die meisten Ärztinnen und Ärzte aus. Auf Platz drei folgt Japan mit annähernd 7.500 Absolventen. Bezogen auf die Einwohnerzahl gehört Deutschland ebenfalls zur Spitzengruppe. Mit rund 12 Absolventen pro 100.000 Einwohner werden in Deutschland doppelt so viele Ärztinnen und Ärzte wie in den USA oder Japan ausgebildet.“ (Deutsche Hochschulmedizin e. V., 2011)

Die mit 3,6 Ärzten pro 1.000 Einwohner vergleichsweise hohe Arztdichte in Deutschland sagt nichts über ihre bedarfsgerechte Verteilung aus. Ferner sind bei internationalen Vergleichen die sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen und die ebenso unterschiedliche Aufgabenzuweisung bei ärztlichem und anderem medizinischen und pflegerischem Personal. Neben Deutschland zeichnen sich Österreich, die Schweiz, Norwegen und Schweden durch eine hohe Arztquote aus, während etwa in den USA ein Arzt auf doppelt so viele Einwohner kommt wie in Österreich (vgl. BMG, 2013, S. 89).

Bitter-Suermann (2011) widerspricht dem gelegentlich von ärztlichen Berufsverbänden erhobenem Vorwurf hoher Studienabbruchquoten im Medizinstudium. Er verweist auf eine Erfolgsquote von über 90 % (ebd., S. 43).

Für das Jahr 2011 ging das DKI bundesweit von 3.800 Arztstellen aus, die nicht besetzt werden konnten, für 2013 nur von 2.000. Das entspricht einem Anteil von knapp 2 % der ärztlichen Vollkraftstellen im Krankenhaus bundesweit (vgl. Blum et al., 2013, S. 32). Der Mangel betreffe besonders die Chirurgie, weshalb hier besonders auf anderes Fachpersonal zurückgegriffen werden müsse.

Das Thema Ärztemangel spielt eine zentrale Rolle bei der Begründung, ärztliche Aufgaben an andere Berufe zu übertragen und neue Berufsbilder zur Entlastung und Unterstützung ärztlicher Dienste zu schaffen.

8.3 Die Gesundheitsberufe und ihre Verortung im Berufsbildungssystem

Für eine Betrachtung der Neuentwicklungen im Bereich von Pflege und Medizin und der Erörterung von Regelungsnotwendigkeiten erscheint es sinnvoll, zunächst eine Verortung der Gesundheitsberufe im deutschen Berufsbildungssystem vorzunehmen.

Die Berufsausbildung lässt sich in Deutschland, soweit sie nicht an Hochschulen stattfindet, in drei Ausbildungsbereiche unterteilen. Zuordnungskriterien sind nicht Tätigkeitsbereiche, Teilbranchen oder Arbeitsgebiete, sondern die für die Neuregelung von Ausbildungen maßgeblichen Rechtsgrundlagen (vgl. Dielmann, 2013b):

1) duale Berufe auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG)
2) schulische Berufsausbildungen nach Landesrecht
3) Heilberufe auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen

Betrachtet man die Berufsbildung insgesamt so sind noch

4) der Bereich der Weiterbildung,
5) die Hochschulausbildung und
6) der Bereich der staatlich nicht geregelten Aus- und Weiterbildungsgänge zu unterscheiden.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Regelungsbereiche kurz skizziert, um Regelungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten bei neu entstehenden Qualifizierungen besser einschätzen zu können.

8.3.1 Duale Berufe auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG)

Derzeit sind 330 Ausbildungsberufe mit rund 1,4 Mio. Auszubildenden (vgl. BiBB, 2014a) auf Grundlage von Rechtsverordnungen nach BBiG bundeseinheitlich geregelt (vgl. Maier et al., 2014). Je nach Zuordnungskriterien können 12–16 dieser Berufe mit mehr als 100.000 Ausbildungsplätzen als Gesundheitsberufe klassifiziert werden (vgl. Dielmann, 2013b; Zöller, 2012).

Merkmale der dualen Ausbildungsberufe sind neben der gemeinsamen bundesrechtlichen Rechtsgrundlage (Ausbildungsordnung nach BBiG/HWO), die Dualität der Lernorte, der Betrieb und die berufsbildende Schule, wobei die betriebliche Ausbildung überwiegt. Der Berufsschulunterricht umfasst bei einer dreijährigen Ausbildung etwa 1.400 Unterrichtsstunden. Das Ausbildungsverhältnis ist arbeitsrechtlich ausgestaltet mit einem Rechtsanspruch auf eine Ausbildungsvergütung und dem Verbot, für die Ausbildung Kosten zu erheben. Sozialpartner und Berufsverbände wirken bei der Erstellung der Ausbildungsordnungen und in paritätisch besetzten Berufsbildungs- und Prüfungsausschüssen bei der Berufsbildung mit. Die Ausbildungsinhalte sind durch differenzierte Ausbildungsberufsbilder in den Ausbildungsordnungen festgelegt. Bundeseinheitliche Ausbildungsrahmenpläne legen Ausbildungsziele und -inhalte der betrieblichen Ausbildung fest. Für den Berufsschulunterricht, der in der Regel in Teilzeitberufsschulen an zwei Berufsschultagen organisiert wird, werden einheitliche Rahmenpläne der Kultusministerkonferenz (KMK) in Abstimmung mit den Ausbildungsrahmenplänen entwickelt (vgl. Dielmann, 2013b).

8.3.2 Schulische Berufsausbildungen nach Landesrecht

Landesrechtlich geregelte Ausbildungsberufe stellen im deutschen Berufsbildungssystem eher eine Ausnahme dar. Die Bundesstatistik weist 216.880 Auszubildende in etwa 90 Ausbildungsberufen aus, die einen Berufsabschluss außerhalb des BBiG/HWO vermitteln (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014; BiBB, 2014a). Mit 37.000 Ausbildungsplätzen stellen die Berufe in der Haus- und Familienpflege die größte Gruppe, gefolgt von den Berufen in der Kinderbetreuung und -erziehung mit knapp 30.000 Ausbildungsplätzen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014). Erfasst sind hier auch bundesrechtlich geregelte Sozial- und Gesundheitsberufe, soweit sie an Berufsfachschulen ausgebildet werden. Erzieher/-innen werden oft an Fachschulen ausgebildet, die eigentlich per definitionem Einrichtungen der beruflichen Weiterbildung sein sollten (vgl. KMK, 1975).

Den landesrechtlich geregelten Gesundheitsberufen können 58 Berufsabschlüsse zugeordnet werden (vgl. Dielmann, 2013b, S. 165). Allein die Pflegehelfer/-innen und Pflegeassistenzausbildungen für Alten-und Krankenpflege zählen 27 Varianten in 15 Bundesländern. Im berufsbildenden Schulsystem sind sie unterschiedlich verortet: Zum einen findet die Ausbildung an besonderen Schulen des Gesundheitswesens, wie z. B. den Krankenpflegehilfeschulen statt, zum anderen sind sie als Berufsfachschulen[2] dem regulären beruflichen Schulsystem zugeordnet. Nach Berechnungen des BiBB fallen knapp 45.000 Ausbildungsplätze in die Kategorie der landesrechtlich geregelten Berufe im Gesundheitswesen (vgl. Zöller, 2012, S. 7). Ein gemeinsames Merkmal ist der hohe schulische Ausbildungsanteil, der i. d. R. nur durch wenige kurze Praktika unterbrochen wird. Die Ausbildungsdauer schwankt zwischen einem und drei Jahren, wobei die Dauer von einem bis zwei Jahren überwiegt. Bundeseinheitliche Regelungen sind hier nur über umständliche Rahmenvereinbarungen der Länder annähernd möglich.

8.3.3 Die Sonderstellung der auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Heilberufe

Die auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes geregelten Ausbildungsberufe nehmen im Berufsbildungssystem eine Sonderstellung ein. Rechtsgrundlage sind Gesetze, welche „die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe" regeln und die nach Art. 74

2 „Berufsfachschulen sind Schulen mit Vollzeitunterricht von mindestens einjähriger Dauer, für deren Besuch keine Berufsausbildung oder berufliche Tätigkeit vorausgesetzt wird. Sie haben die Aufgabe, allgemeine und fachliche Lerninhalte zu vermitteln und den Schüler zu befähigen, den Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder einem Teil der Berufsausbildung in einem oder mehreren anerkannten Ausbildungsberufen zu erlangen oder ihn zu einem Berufsausbildungsabschluss zu führen, der nur in Schulen erworben werden kann." (KMK, 1975)

Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung der Gesetzeskompetenz des Bundes zugeordnet sind. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckt sich also auf die Zulassung zu den Heilberufen. Als ein Zulassungskriterium wird eine bestimmte Qualifikation vorgeschrieben, deren Grundzüge in dem Berufszulassungsgesetz und einer auf dessen Grundlage erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung näher definiert werden.

Weitere Kriterien sind die gesundheitliche Eignung, die Zuverlässigkeit zur Berufsausübung und deutsche Sprachkenntnisse. Geregelt wird die Zulassung i. d. R. über die Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung. Die Berufsausübung selbst wird nicht reglementiert. Die Ausgestaltung der Ausbildungsgänge erfolgt in allen Lernortvarianten, eher schulisch oder eher dual, mit oder ohne Ausbildungsvergütung oder Schulgeldzahlungen, immer aber auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen (vgl. hierzu Dielmann, 2013b, S. 156 ff.). Da sie weder dem dualen System nach BBiG noch dem schulischen System nach Landesrecht zugeordnet werden können, nehmen sie im Berufsbildungssystem eine Sonderstellung ein, deren Sackgassencharakter und Zersplitterung vielfach beklagt wurde (vgl. Bals, 1993; Meifort/Mettin, 1998; Brendel/Dielmann, 2000; Bischoff-Wanner, 2001; Becker, 2002; Hilbert et. al., 2014).

Die Grundzüge der Ausbildung sind bundeseinheitlich geregelt, die weitere Ausgestaltung obliegt den Ländern, die ihre Kompetenz unterschiedlich nutzen. Aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebung mit Zustimmungspflicht des Bundesrats dauern Neuordnungsverfahren mitunter länger als zehn Jahre (vgl. Dielmann, 2013a, S. 19 ff.).

8.3.4 Berufsausbildung der Gesundheitsberufe (Heilberufe) an Hochschulen

Neben den traditionell an Hochschulen qualifizierten ärztlichen Heilberufen und Apothekern, die in der Bundesärzteordnung (BÄO), der Bundes-Apothekerordnung (BApO) und zugehörigen Approbationsordnungen geregelt sind, sind in jüngerer Zeit die Ausbildungen nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG vom 16.06.1998) hinzugekommen. Die Studiengänge schließen mit einer staatlichen Prüfung ab und erteilen die Approbation zum jeweiligen Beruf.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurden die Berufsgesetze für die Pflegeberufe um eine Modellklausel ergänzt, die erstmals auch eine Hochschulausbildung zum Erwerb „erweiterter Kompetenzen zur Ausübung der Heilkunde" vorsieht. Die dreijährige Ausbildung muss dafür verlängert werden. Sie kann in Pflegeschulen sowie an Hochschulen absolviert werden. Für den nicht näher definierten Ausbildungsumfang, der über die dreijährige Regelausbil-

dung hinausgeht und für die Hochschulausbildung sind die das Ausbildungsverhältnis regelnden Abschnitte der Berufsgesetze außer Kraft gesetzt (vgl. ver.di, 2007, S. 7). Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel der Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009 wird erstmals der Erwerb eines Berufsabschlusses in diesen Heilberufen auch an Hochschulen ermöglicht. Die Modellversuche sind bis zum 31.12.2017 befristet, das Bundesministerium für Gesundheit wurde verpflichtet, dem Bundestag bis zum 31.12.2015 über Ergebnisse der Modellvorhaben auf Grundlage von Berichten und Auswertungen der Länder zu berichten. Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben wurde eine Richtlinie des BMG (vgl. BMG, 2009) erlassen.

Neben den auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Hochschulausbildungen gibt es zahlreiche auf Gesundheitsdienstleistungen bezogene Studiengänge, die ausschließlich dem Hochschulrecht unterliegen und nicht weiter reglementiert sind. Dazu zählen Studienabschlüsse in Gesundheitswissenschaften, Public Health, Gesundheitsförderung u. v. a. (vgl. Kälble, 2009). Auch primärqualifizierende therapeutische Studiengänge in Kunst-, Musik- und Tanztherapie fallen in diese Kategorie (vgl. Dielmann, 2013b, S. 163 ff.).

8.3.5 Staatlich geregelte Weiterbildung

Aufgrund der nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG eingeschränkten Gesetzeskompetenz des Bundes, lediglich die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen zu regeln, unterliegt die Weiterbildung der Heilberufe dem Landesrecht. Bei den akademisch ausgebildeten Heilberufen, die zu einem erheblichen Teil auch in selbstständiger Niederlassung freiberuflich tätig sind (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten [PP]), wurde die Regelungskompetenz der Länder den berufsständischen Kammern übertragen. Für die Pflegeberufe, insbesondere die Berufe, die nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) ausgebildet werden, gibt es eine vergleichsweise hohe Regelungsdichte, wenn auch nicht alle Länder Weiterbildungsregelungen erlassen haben. Knapp 300 Weiterbildungsabschlüsse sind für Berufe im Gesundheitswesen in den Ländern unter teilweise unterschiedlichen Bezeichnungen für das gleiche Fachgebiet staatlich anerkannt (vgl. BiBB, 2014c). Einen großen Anteil bilden die Fachweiterbildungen für Intensivpflege und den OP-Dienst, die mit Ausnahme der Länder Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen in allen Ländern staatlich geregelt sind. Als Standard hat sich eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung mit Praxisphasen in verschiedenen Fachgebieten und einem Umfang von 700–850 theoretischen Unterrichtsstunden herausgebildet(vgl. Dielmann, 2013a, S. 171 ff.)

8.4 Neue Berufsausbildungen und Weiterbildungsabschlüsse im Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege

Der unter den eingangs dargestellten gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen entstandene Kostendruck und bestehende oder erwartete Engpässe bei der Besetzung von Stellen für ärztliches Personal sind zwei häufig genannte Gründe für die in vielen Krankenhäusern derzeit stattfindende oder geplante Reorganisation der Arbeitsteilung zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst (vgl. Offermanns/Bergmann, 2008; Dielmann, 2009).

Eine nicht unwesentliche Rolle spielen dabei neben der Übertragung als ärztlich definierter Tätigkeiten auf Pflegepersonal und der stärkeren Einbeziehung von Servicekräften in bis dahin als pflegerische oder pflegenahe Tätigkeiten angesehene Aufgaben des Pflegedienstes, die Schaffung ganz neuer Berufsprofile und Aufgabenzuschnitte im Bereich der Arztassistenz (vgl. Offermanns/Bergmann, 2008; Dielmann, 2010b). Eine Vorreiterrolle übernehmen dabei die chirurgischen Fachgebiete.

8.4.1 Neue Qualifikationsprofile in der Chirurgie

Vor dem Hintergrund des Pflegepersonalnotstands in den 1980er-Jahren, der sich in zu wenig Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser und einem gravierenden Mangel besonders an OP-Fachpersonal ausdrückte, waren zu Beginn der 1990er-Jahre erste Ausbildungsgänge zum/zur Operationstechnischen Assistenten/-in (OTA) entstanden (vgl. Bals/Dielmann, 2013). Ihm folgten Ausbildungen zu Chirurgisch-technischen Assistenten/Assistentinnen (CTA), zu Chirurgischen Assistenten/Assistentinnen (CA) und zu Anästhesietechnischen Assistenten/-innen (ATA). Vereinzelt wird auch über Ausbildungsgänge zum/zur Intensiv-technischen Assistenten/-in (ITA) oder Intensivpflegefachkraft (IPK) – wie sie im Klinikverbund Südwest heißt – berichtet. Der/die Gefäßassistent/-in ist eine weitere Variante chirurgischer Assistenz, der/die Phlebotomist/-in ist spezialisiert auf Blutentnahmen. Der Abschluss Bachelor of Physician Assistance kann mit ähnlicher Zielsetzung auf Hochschulebene erworben werden.

Die Vielzahl bereits vorhandener staatlich geregelter Weiterbildungsabschlüsse für Pflegeberufe wird um hauseigene Bildungsmaßnahmen mit oft englischsprachigen Bezeichnungen wie Breast Nurse, Link Nurse, Pain Nurse, Stroke Nurse oder Study Nurse ergänzt. Angesichts der Vielfalt von oft nur in einem Betrieb, Klinikverbund oder Krankenhauskonzern angebotenen berufsbezogenen Bildungsgänge, die kaum noch zu überblicken ist, ist es nicht übertrieben, dies als

„Qualifizierungswirrwarr" (Notz, 2008) oder „Berufe basteln" (Dielmann, 2005a; Bräutigam et al., 2013) zu bezeichnen. Im Hinblick auf die gesundheitsbezogenen Studiengänge spricht Kälble (2009) von einem Experimentierfeld.

Einige der gängigsten Qualifikationsprofile sollen nachfolgend kurz skizziert werden. Dabei wird zwischen grundständigen Ausbildungsgängen ohne berufliche Vorbildung und Weiterbildungsgängen unterschieden, die einen Berufsabschluss voraussetzen.

Neue Qualifikationsprofile als Erstausbildung

Im Folgenden werden Qualifikationsprofile beschrieben, die als Erstausbildung absolviert werden können. Dazu zählen:

- Anästhesietechnische Assistentin/Anästhesietechnischer Assistent (ATA)
- Chirurgisch-technischer Assistentin/chirurgisch-technische Assistent (CTA)
- Operationstechnischer Assistentin/Operationstechnische Assistent (OTA)

Anästhesietechnische Assistentin/Anästhesietechnischer Assistent (ATA): Mit dem noch recht jungen Qualifikationsprofil des Anästhesietechnischen Assistenten/der Anästhesietechnischen Assistentin (ATA) – bislang gibt es in Deutschland nur wenige Ausbildungsstätten (Lehmann, 2014, S. 49) – soll die in fast allen Bundesländern geregelte Fachweiterbildung zur Fachkrankenschwester oder zum Fachkrankenpfleger für Anästhesiepflege ersetzt, wenn nicht gar abgelöst werden. Die landesrechtlichen Weiterbildungsregelungen in der Anästhesie sehen eine dreijährige Ausbildung gemäß Krankenpflegegesetz (KrPflG) und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung als Zugangsvoraussetzung für die zweijährige Weiterbildung vor. Sie umfasst i. d. R. 720 theoretische Weiterbildungsstunden innerhalb der zweijährigen berufsbegleitenden Praxis, die ansonsten nur wenig durch die Vorgabe bestimmter Abteilungen und Fachgebiete strukturiert ist. Die Fachweiterbildung ist in vielen Bundesländern mit Intensivpflege kombiniert, sodass sich ein breites Arbeitsfeld in der Intensivmedizin und in der Anästhesie eröffnet. Mit drei Jahren Pflegeausbildung plus zwei Jahren Berufserfahrung plus zwei Jahren Weiterbildung ist der Bildungsgang vergleichsweise lang.

Hier setzt die ATA-Ausbildung mit einer dreijährigen grundständigen Qualifizierung an. Die Ausbildung ist begrenzt auf die Assistenz in der Anästhesie. Seit September 2013 gibt es eine neue Empfehlung einer Lehrgangsrichtlinie der DKG, die sowohl das Profil der ATA als auch das der OTA regelt und die bisherigen OTA-Richtlinien ablöst. Die Empfehlungen der DKG verstehen sich als Ersatz einer bislang nicht vorhandenen staatlichen Regelung. In ihrer Struktur orientiert

sich die DKG-Empfehlung am Krankenpflegegesetz und übernimmt eine Reihe von Bestimmungen sogar wörtlich (vgl. DKG, 2013b). Die schulischen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung entsprechen denen des Krankenpflegegesetzes. In der Formulierung des Ausbildungsziels bleibt die Empfehlung sehr allgemein, die zu entwickelnden Kompetenzen und auszuführenden Tätigkeiten werden nicht konkret beschrieben(vgl. § 1 Abs. 1 DKG-Empfehlung, 2013).

Lediglich in dem der Empfehlung beigefügten Anhang werden Lern- und Ausbildungsziele in vier Lernbereichen, verteilt auf fünf Lerneinheiten konkretisiert. Im Zusammenhang mit den speziellen Aufgaben der ATA lautet es beispielsweise in Lernbereich II:

> „Anästhesien in den verschiedenen operativen und diagnostischen Fachgebieten indikationsgerecht, geplant und strukturiert vorzubereiten, zu assistieren und nachzubereiten (stationär und ambulant)." (DKG, 2013b, S. 31)

Die Narkosen sind also vor- und nachzubereiten, nicht aber eigenständig zu überwachen. Neben der Tätigkeit in der Anästhesie sind als Pflichteinsatzfelder in der praktischen Ausbildung die Ambulanz/Notfallaufnahme, die Endoskopie und die Zentralsterilisation vorgesehen.

Die Empfehlung übernimmt für die Stundenverteilung die Werte des KrPflG von 1985. Dort sind 1.600 Unterrichtsstunden vorgesehen und 3.000 Stunden für die praktische Ausbildung im Betrieb (§ 5 Abs. 2). Die Ausbildung ist betrieblich-arbeitsrechtlich ausgestaltet mit Ausbildungsvertrag, Ausbildungsvergütung, Regelungen zu ihrer Fortzahlung und Eingliederung in die betrieblichen Arbeitsabläufe. Sie übernimmt damit, wie auch das KrPflG, einige Elemente der Berufsausbildung nach BBiG.

Die DKG geht in ihrer Analogie zum KrPflG soweit, dass sie das Führen der Berufsbezeichnungen von einer Berechtigung abhängig macht und sich anmaßt, diese „Berechtigung" bei Wegfall der in der Empfehlung formulierten Bedingungen, (z. B. gesundheitliche Eignung) auch wieder zurückzunehmen. (§ 2 Abs. 2). Sie ernennt sich selbst zur zuständigen Stelle für die Anerkennung vergleichbarer im Ausland erworbener Qualifikationen (vgl. DKG, 2013b, S. 2 f.). Man kann bezweifeln, dass der DKG e.V. solche hoheitliche Aufgaben zukommen, jedenfalls ändern derlei Bemühungen nichts daran, dass es sich nicht um eine staatlich anerkannte Ausbildung handelt.

Vorläuferqualifikation der ATA war die beim Helioskonzern eingeführte einjährige Weiterbildung für Pflegefachpersonal zum Medizinischen Assistenten/zur Medizinischen Assistentin für Anästhesiologie (MAfA).

> „Die Fortbildung zum Anästhesieassistenten ermöglicht erfahrenen Anästhesieschwestern und -pflegern die eigenständige Überwachung von anästhesierten Patienten im Operationssaal." (Helios, 2004, S. 3)

In Tätigkeitsbeschreibung und Zielsetzung ging die MAfA-Qualifizierung wesentlich weiter als die der ATA. In dem entsprechenden Informationsblatt der Helios AG hieß es u. a.:

> „Der Anästhesieassistent leitet eine einfache Narkose bei einem absehbar komplikationslosen Patienten nach vorheriger Instruktion durch den Anästhesisten in dessen unmittelbarer Anwesenheit ein; dieser kann nach Narkose- ein- oder -ausleitung einen anderen Assistenten im benachbarten Saal überwachen. Der Anästhesist überwacht damit mehrere Assistenten, die verschiedene Patienten betreuen." (Helios, 2004, S. 4)

Ziel war es offensichtlich, selbstständig Narkosen zu überwachen und den Anästhesiearzt zumindest zeitweilig zu ersetzen und damit Arztstellen einzusparen. Die MAfA-Qualifizierung wurde vom Helios Konzern nach einem Narkosezwischenfall, an dem ein MAfA beteiligt war, zwischenzeitlich eingestellt (vgl. Lehmann, 2014, S. 48). Die relativ strikte Rechtsprechung in Deutschland zur Durchführung sogenannter Parallelnarkosen (vgl. u. a. BGH*,* Urteil vom 30.11.1982 – VI ZR 77/81*;* NJW 1983 Heft 24, 1374 ff.) ließ es geboten erscheinen, dieses Qualifikationsprofil, das auf den Ersatz von Narkoseärzten ausgerichtet ist, nicht weiterzuentwickeln.

In einer gemeinsamen Stellungnahme des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten (BDA) und Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zur Parallelnarkose, der sogenannten Münsteraner Erklärung wird auf die schwierige Rechtslage für ein den Arzt ersetzendes Berufsprofil hingewiesen (BDA/DGAI, 2004).

> „Ein deutschlandweiter Mangel an Anästhesisten lässt sich nicht feststellen, mag es auch regional aus strukturellen Gründen gelegentlich schwierig sein, Stellen zu besetzen. (…) Die Rechtslage in Deutschland hat der Delegation anästhesiologischer Leistungen strikte Grenzen gesetzt." (BDA/DGAI, 2004)

Vor dem Hintergrund dieser Diskussion geht das in den DKG-Empfehlungen beschriebene Berufsprofil der ATA nicht über das der Fachkrankenpfleger/-innen für Anästhesie mit staatlich anerkannter Weiterbildung hinaus. Offenbar geht es weniger darum, ärztliche Arbeitskraft zu ersetzen, als vielmehr um die Schaffung eines kürzeren Ausbildungsgangs in der Anästhesieassistenz, der mit hohem betrieblichen Ausbildungsanteil einen größeren Nutzen verspricht und niedriger eingruppiert werden kann als Fachpfleger/-innen mit Weiterbildung.

Chirurgisch-technische Assistentin/Chirurgisch-technischer Assistent (CTA): Seit 2006 werden am Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf sogenannte Chirurgisch-technische Assistenten/Assistentinnen (CTA) ausgebil-

det. Die dreijährige grundständige Ausbildung wird als Äquivalent zu den in den USA und den Niederlanden bereits seit Längerem etablierten „Physician Assistant“ angesehen (vgl. Niehaus-Sturr, 2009). Der Physician Assistant ist allerdings sowohl in den genannten Ländern als auch in Deutschland als Hochschulausbildung mit Bachelorabschluss konzipiert (vgl. dazu die folgenden Ausführungen). Die ursprünglich in Analogie zum, aktuellen KrPflG vorgesehenen höheren Stundenzahlen (vgl. Niehaus-Sturr, 2009, S. 327), wurden zwischenzeitlich an das Konzept der DKG-Empfehlungen zur ATA-Ausbildung angepasst bzw. am KrPflG von 1985 orientiert (vgl. Kaiserswerther Diakonie, 2014).

Bei den Zugangsvoraussetzungen geht die Diakonie über das durch das KrPflG definierte Maß hinaus, indem das Abitur oder die Fachhochschulreife vorausgesetzt wird und die Fachoberschulreife nur in Verbindung mit einer mindestens zweijährigen Berufsausbildung akzeptiert werden soll. Darüber hinaus werden *„Zuverlässigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Belastbarkeit und Teamfähigkeit“* (Kaiserswerther Diakonie, 2014) erwartet, Kriterien, die sich schwerlich bei der Bewerbung überprüfen lassen und eher am Ende einer Berufsausbildung erwartbar sind, sofern sie durch die Ausbildung gezielt gefördert und entwickelt werden können.

Ein Ausbildungsvertrag wird mit dem Träger der praktischen Ausbildung abgeschlossen. Als Rechtsgrundlage der Ausbildung wird auf eine Studie des DKI (vgl. Offermanns/Bergmann, 2008) und ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) verwiesen. Beide Papiere enthalten jedoch keine Hinweise zur Vertragsgestaltung, sondern befassen sich mit dem Berufsbild der CTA in allgemeiner Form, den Fragen der Sinnhaftigkeit dieser Ausbildung und der Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten (vgl. DGU, 2007; Offermanns/Bergmann, 2008).

Aus Äußerungen der damaligen Schulleitung (vgl. Hampel, 2005, S. 27) und den Hinweisen der Diakonie zur Finanzierung und Förderung der Ausbildung kann geschlossen werden, dass – entgegen der gesetzlichen Vorgaben des BBiG – keine Ausbildungsvergütung gezahlt wird.

Das Berufsbild wird wie folgt beschrieben:

> „Chirurgische-Technische Assistenten führen spezialisierte, ärztlich delegierbare Assistenzaufgaben im medizinischen und operativen Bereich durch – beispielsweise das Anlegen eines Wundverschlusses unter Aufsicht eines Facharztes. Das innovative Berufsbild umfasst die Mithilfe bei der prä-, intra- und postoperativen Versorgung des Patienten für diagnostische und therapeutische Eingriffe (…).“ (Kaiserswerther Diakonie, 2014)

Eine ähnliche Ausbildung mit gleicher Bezeichnung wird von der „Medical School academica chirurgica“ ebenfalls in Düsseldorf seit 2007 angeboten (vgl. Blum et al., 2013, S. 18).

So notwendig Assistenzberufe als ärztliches Hilfspersonal aus ärztlicher Sicht angesehen werden, sobald der Arztvorbehalt berührt wird und akademisch qualifizierte Konkurrenz droht, werden die Entwicklungen kritischer gesehen.

> „Die Entstehung neuer Berufsbilder wie der CTA (chirurgisch technischer Assistent) ist unter diesem Aspekt aus ärztlicher Sicht nicht unkritisch. Eine eindeutige Abgrenzung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zur ärztlichen Tätigkeit und zum Arztvorbehalt ist unverzichtbar." (Hoffmann, 2007, S. 22)

Operationstechnische Assistentin/Operationstechnischer Assistent (OTA): Unter den neu geschaffenen und staatlich noch nicht bundeseinheitlich geregelten Berufsbildern und Qualifikationsprofilen stellt der/die Operationstechnische Assistent/-in das älteste dar. Im Kontext der Pflegepersonalmangelsituation („Pflegenotstand") Ende der 1980er-Jahre, von der die OP- und weitere Funktionsbereiche besonders betroffen waren, hatten erste Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen damit begonnen, spezialisiert ausgebildetes OP-Personal in selbst gestalteten Ausbildungsgängen zu qualifizieren, die mit drei Jahren deutlich kürzer waren als der sieben Jahre dauernde Qualifizierungsweg des OP-Fachpflegepersonals. Nach dem niederländischen und schweizerischen Vorbild wurde die Bezeichnung Operationstechnischer Assistent/Operationstechnische Assistentin (OTA) eingeführt (vgl. Kramer, 2000; Bals, 2002). Gründe sind die für die Krankenhausträger vorteilhafte kürzere Ausbildung sowie der Mangel an weitergebildetem OP-Fachpflegepersonal im Verhältnis zu Pflegepersonen ohne Weiterbildung, die im OP-Dienst tätig waren. Von den 29.762 Krankenpflegepersonen, die Ende 1994 insgesamt im Operationsdienst tätig waren, hatten lediglich 9.496 eine Fachweiterbildung für den OP-Dienst absolviert. Das entsprach einem Anteil von 32 % (vgl. Walger/Paas, 1996, S. 460). Das DKI (vgl. Blum/Grohmann, 2009) schätzte für das Jahr 2007 25.800 Vollkraftstellen bei 30.500 nicht ärztlichen Beschäftigten im OP, von denen etwa ein Drittel in Teilzeit arbeitet. Im Zeitraum von 2000 bis 2007 ging das DKI von einer nur geringen Erhöhung der Vollkraftstellen aus (vgl. ebd., S. 122 f.). Die Fachkraftquote, das Verhältnis von Pflegefachkräften mit Weiterbildung zu Pflegekräften im OP ohne Weiterbildung wurde für 2007 auf etwa 46 % geschätzt (vgl. Blum/Grohmann, 2009, S. 123).

Die Ausbildung dauert drei Jahre, umfasst mindestens 3.000 praktische Ausbildungsstunden und 1.600 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts. Der Muster-Ausbildungsvertrag (vgl. DKG, 2013b, S. 43 ff.) orientiert sich an den Standards des BBiG, die mit geringen Abweichungen auch als Vorbild des entsprechenden Abschnitts im KrPflG gedient haben (vgl. Dielmann, 2013a, S. 19). Die allgemeine Zielsetzung der Ausbildung entspricht der ATA-Ausbildung. Unter den berufsbildspezifischen Zielen sind u. a. die „Springertätigkeiten" (DKG, 2013b, S. 24)

und die „Instrumentiertätigkeit“ (ebd., S. 25) hervorzuheben. Eine ausführliche Beschreibung des Berufsbildes findet sich auch auf der Internetseite des OTA-Schulträgerverbands (DOSV, 2014). Die Tätigkeitsbereiche umfassen neben dem Operationssaal auch die Endoskopieabteilungen, Notfallambulanzen, die Zentralen-Sterilgut-Versorgungs-Abteilungen (ZSVA) und die Zentren für ambulantes Operieren.

Die OTA-Ausbildung wurde bei ihrer Einführung seitens des OP-Fachpflegepersonals und seiner berufsverbandlichen und gewerkschaftlichen Interessenvertretung sehr kritisch gesehen, was wohl bis heute dazu beigetragen hat, dass eine bundeseinheitliche staatlich Ausbildungsregelung bis heute nicht realisiert werden konnte. Die für die Gesundheitsberufe zuständige Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) hatte sich 2001 für eine staatliche Regelung auf Grundlage des BBiG ausgesprochen (vgl. Dielmann, 2001). Kritisiert wurde u. a. der auf ein enges Betätigungsfeld ausgerichtete Zuschnitt des Berufsbilds, das im Unterschied zur Fachweiterbildung für Pflegeberufe keine weiteren beruflichen Perspektiven eröffnet, wenn etwa die Arbeit im OP nicht mehr ausgeführt werden könne.

Die DKG, der OTA-Schulträgerverband, die Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) und verschiedene medizinische und pflegerische Berufs- und Fachverbände – mit Ausnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) – votierten 2005 in einer gemeinsamen Erklärung ebenfalls für die Schaffung einer bundeseinheitlichen staatlichen Ausbildungsregelung als „nichtärztlicher Heilberuf“ (Gemeinsame Erklärung vom 19.08.2005).

Da jegliche Regelungsinitiative seitens der Bundesregierung ausblieb, entschloss sich das Land Schleswig-Holstein 2004 unter Beteiligung der Sozialpartner eine Ausbildungsordnung zum/zur Operationstechnischen Angestellten (OTA) zu erlassen (vgl. OTA-VO, 2004). Die Ausbildung dauert drei Jahre und ist dual (Betrieb und Berufsschule) organisiert. Für das Jahr 2012 waren 110 Auszubildende in Schleswig-Holstein erfasst (Statistisches Bundesamt, 2014).

Das Land Thüringen hat 2004 eine schulrechtliche Regelung in der Fachrichtung „Medizinisch-technischer Assistent für den Operationsdienst“ getroffen. Die Ausbildung dauert hier drei Schuljahre und umfasst 2.200 theoretische Unterrichtsstunden und 2.320 Stunden praktischer Ausbildung (Thüringer Schulordnung vom 13.12.2004). In Sachsen-Anhalt gibt es eine Regelung als Heilberuf nach dem Vorbild des KrPflG (vgl. Igl, 2013, S. 310).

Eine Darstellung verschiedener staatlicher Regelungsmöglichkeiten der OTA-Ausbildung findet sich bei Bals/Dielmann (2013, S. 186 ff.). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die Ausbildung schulrechtlich in den einzelnen Bundesländern oder als Heilberuf zu regeln, eine bundesein-

heitliche Ausbildung nach BBiG zu erlassen oder ein Berufszulassungsgesetz auf Bundesebene zu schaffen. Letzteres setzt eine Verständigung von Bundestag und Bundesrat voraus.

Die bereits 2009 und 2010 erfolgte Gesetzesinitiative der Länder (BR-Drs. 111/09 und 28/10) und der 2014 eingebrachte Gesetzesentwurf (BR-Drs. 126/14 vom 11.04.14) streben eine Heilberufsregelung an, die sich strukturell am KrPflG orientiert und inhaltlich die DKG Empfehlungen von 2007 aufgreift.

Die Bundesregierung hatte 2009 die Gesetzesinitiative der Länder mit der Begründung einer zu geringen Einsatzbreite des Berufs abgelehnt und auf ein ausstehendes Forschungsgutachten verwiesen (vgl. BT-Drs. 16/12679, S. 48). Ein inhaltsgleicher am 11.04.2014 vom Bundesrat erneut beschlossener und in den Bundestag eingebrachte Gesetzesentwurf wurde mit der im Wesentlichen gleichen Begründung von der Bundesregierung wiederum abgelehnt (vgl. BT-Drs. 18/1581 vom 28.05.2014).

Mit dem rechtskräftigen Urteil des Landgerichts Berlin-Brandenburg vom 18.01.2007 wird klargestellt, dass das *Berufsbildungsgesetz* (BBiG) auf die OTA-Ausbildung anzuwenden ist. Der bis dahin in den DKG-Empfehlungen erfolgte Verweis auf das KrPflG führt die Ausbildung nicht in dessen Geltungsbereich. Das BBiG gilt für jede Berufsbildung, soweit sie nicht in berufsbildenden Schulen durchgeführt wird, die den Schulgesetzen der Länder unterstehen (§ 3 Abs. 1 BBiG). Weitere Ausnahmen betreffen die Hochschulausbildung, öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse und die Berufsbildung auf Kauffahrteischiffen. Die Heilberufe sind dann berührt, wenn die BBiG-Anwendung nicht ausdrücklich im jeweiligen Berufsgesetz ausgeschlossen ist. Beispiele hierfür sind das AltPflG, das KrPflG und das Hebammengesetz, die allerdings im ausbildungsrechtlichen Teil wesentliche Bestimmungen des BBiG teils wörtlich übernommen haben. Das Urteil hat Folgen für alle selbst geschneiderten Berufsausbildungen wie ATA und CTA. Es gelten u. a. folgende Prinzipien:

- Keine Ausbildung von Jugendlichen unter 18 Jahren (§ 4 Abs. 3 BBiG).
- Auszubildenden dürfen nur Aufgaben übertragen werden, die dem Ausbildungszeck dienen und ihren körperlichen Kräften angemessen sind (§ 14 BBiG).
- Die Ausbildungsstätte muss geeignet sein und u. a. über Ausbilder/-innen mit berufspädagogischer Qualifikation für die praktische Ausbildung verfügen (§ 27 ff. BBiG).
- Es besteht ein Rechtsanspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung, Überstunden sind besonders zu vergüten oder durch Freizeit auszugleichen (§ 17 BBiG).

- Die erforderlichen Ausbildungsmittel müssen kostenlos zur Verfügung gestellt werden (§ 14 BBiG).
- Für die Ausbildung dürfen keine Gebühren erhoben werden (§ 25 BBiG).
- Die Probezeit dauert nicht länger als vier Monate (§ 20 BBiG).
- Das Ausbildungsverhältnis endet mit Bestehen der Abschlussprüfung.
- Das Ausbildungsverhältnis verlängert sich auf Antrag, wenn die Prüfung nicht bestanden wird (§ 21 BBiG).
- Die Abschlussprüfung ist gebührenfrei und kann zweimal wiederholt werden (§ 37 BBiG).

Die im Einzelfall erfolgte Rechtsprechung – im geurteilten Fall ging es um die Dauer der Probezeit – kann als Hinweis verstanden werden, die bis dahin staatlich nicht geregelten Berufsausbildungen auf eine sichere Rechtsgrundlage zu stellen.

Neue Qualifikationsprofile im Rahmen von Weiterbildung

Zu den im Folgenden beschriebenen Qualifikationsprofilen, die eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzen und daher als Weiterbildung zu klassifizieren sind, zählen:

- Chirurgieassistent/Chirurgieassistentin (CA)
- Chirurgischer Operationsassistent/Chirurgische Operationsassistentin (COA)
- Gefäßassistent/Gefäßassistentin (GA)

Chirurgieassistent/-innen: Von der CTA-Ausbildung zu unterscheiden ist die Qualifikation zum Chirurgischen Assistenten/zur Chirurgischen Assistentin (CA). Sie ist nicht als Ausbildung, sondern als Weiterbildung konzipiert.

> „Der Chirurgie-Assistent rekrutiert sich aus medizinischem Fachpersonal. Er übernimmt intraoperativ assistierende Aufgaben (1. und 2. Assistenz) auf Anordnung und unter Aufsicht eines verantwortlichen Mediziners.“ (Berentzen, 2009, S. 20)

Diese Aufgaben werden üblicherweise von Ärzten wahrgenommen. Zugelassen sind Pflegekräfte mit Fachweiterbildung für den OP-Dienst, OTA mit zweijähriger fachspezifischer Berufserfahrung und Pflegekräfte mit mindestens fünfjähriger fachspezifischer Berufserfahrung. Der Umfang der Weiterbildung beträgt sechs Monate und umfasst 80 theoretische Unterrichtsstunden. Die praktische Weiterbildung erfolgt im OP unter Anleitung eines ärztlichen Mentors.

> „Insgesamt müssen 200 operative Eingriffe unter Aufsicht und Anweisung eines verantwortlichen Mediziners assistiert und schriftlich anhand eines OP-Kataloges zeitnah während der sechs Monate dokumentiert werden." (Berentzen, 2009, S. 21)

Mit der Übernahme von Aufgaben in der intraoperativen Assistenz wird eindeutig in das ärztliche Berufsprofil eingegriffen. Erste und zweite Assistenz während der Operation gelten als ärztliche Tätigkeiten, die bis dahin Assistenzärzten/-ärztinnen, häufig im Rahmen ihrer Weiterbildungen als Facharzt/Fachärztin vorbehalten waren. Sie geht über die Assistenz des pflegerischen OP-Fachpersonals („Instrumentieren") hinaus.

Chirurgische Operationsassistenten/-in (COA): Beim Asklepios-Konzern existiert die Variante des/der Chirurgischen Operationsassistenten/-in (COA) mit 612 Stunden Theorie im Rahmen einer 18-monatigen Weiterbildung Hier handelt es sich um eine Mischung aus chirurgischer und operativer Assistenz. Zugangsvoraussetzungen sind abgeschlossene Berufsausbildungen als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder als OTA mit jeweils zweijähriger Berufserfahrung im operativen Bereich.

Zu den ärztlichen Tätigkeiten, die an COA delegiert werden können, zählen nach Asklepios (2014, S. 2):

- „2./1.Assistenz bei verschiedenen Operationen
- Standard-Patientenlagerung im OP
- Felddesinfektion und Abdeckung
- Prozessoptimierung des OP-Ablauf
- Wundverschluss (Faszie, s.c. Haut)
- Kodierung auf Station und im OP
- Qualitätssichernde Maßnahmen"

An diesem Tätigkeitsprofil ist nicht erkennbar, was die/den COA von einem Chirurgieassistent/einer Chirurgieassistentin unterscheidet. Wenn man einmal von der OP-Assistenz und vom Wundverschluss als eindeutig ärztliche Tätigkeiten absieht, unterscheiden sich die Aufgaben nicht von denen, die u. a. auch von Pflegefachpersonal ausgeführt werden können.

Gefäßassistent/in (GA)/-in (GA): In 2006 hat die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) eine Weiterbildung für Angehörige medizinischer Assistenzberufe entwickelt, um Ärzte zu entlasten. Mit der Entwicklung dieser Weiterbildung beauftragte sie die

verbandseigene „Private Akademie DGG". Die Zugangsvoraussetzungen umfassen ein verblüffend breites Spektrum an Gesundheitsberufen: „Krankenschwester, Arzthelferin, OTA, MTA, RTA[3] u. a. medizinische Berufe" jeweils mit abgeschlossener Berufsausbildung. Als Tätigkeitsmerkmale werden u. a. genannt:

- Erhebung einer Basisanamnese und eines Basisbefunds einschließlich vorläufiger Symptomenzuordnung und Stadieneinteilung
- vorbereitende Information des Patienten (Stufenaufklärung)
- Aufklärung, Beratung und Anleitung der Patienten zu Verhalten und Eigentherapie bei Gefäßerkrankungen (Risikofaktorenmanagement, Wundversorgung, Kompressionstherapie, Gehtraining etc.)
- Blutabnahme und Legen von Verweilkanülen
- Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung
- Vorbereitung des Patienten im Operationssaal
- aktive Assistenz im Operationssaal
- Überwachung ärztlich eingeleiteter Therapien (vgl. DGG, 2013)

Während einer zweijährigen Tätigkeit in einer entsprechenden Abteilung eines von der DGG „zugelassenen" Krankenhauses werden nach dem „Weiterbildungskonzept Gefäßassistent/-in DGG" insgesamt zwei Wochen theoretischen Unterrichts in eintägigen Seminarveranstaltungen und zwei Wochen externer Hospitation an einer von der DGG Akademie „ermächtigten" Einrichtung angeboten. Die von der DGG als „intern" bezeichnete Weiterbildungszeit soll zudem 50 nicht näher definierte Unterrichtsstunden pro Jahr umfassen. Zur Prüfung sind darüber hinaus u. a. 20 apparative Untersuchungen und 40 Messungen von Knöchelarteriendrucken sowie 50 Assistenzen im OP-Saal nachzuweisen (vgl. DGG, 2013).

Der Umfang der theoretischen Weiterbildung liegt damit weit unter dem für staatlich geregelte Weiterbildungsgänge, die i. d. R mindestens 700 Stunden theoretischen Unterrichts während der zweijährigen Weiterbildungszeit vorschreiben. Nach eigenen Angaben hat die DGG bislang etwa 200 Gefäßassistent (en)/-innen ausgebildet (vgl. DGG, 2014).

---

3 Gemeint ist vermutlich MRTA: Medizinisch-technische Radiologieassistent/-in.

Das breite Spektrum der Zugangsausbildungen, die nur wenige gemeinsame Ausbildungsinhalte haben und der vergleichsweise geringe Weiterbildungsumfang von zwei Wochen sprechen nicht für eine fundierte Qualifikation. Das Augenmerk liegt wohl eher auf einer Anlerntätigkeit in der Praxisphase. Die enge Ausrichtung auf Gefäßerkrankungen stellt trotz hoher Ansprüche an die Tätigkeit ein überschaubares Aufgabengebiet dar. Entsprechend gering sind die Wechselmöglichkeiten nach abgeschlossener Weiterbildung. Sie sind zudem abhängig vom jeweiligen Grundberuf.

8.4.2 Neue Qualifikationsprofile in der Hochschulausbildung

In diesem Kapitel werden beispielhaft zwei jüngere Studiengangskonzepte vorgestellt, die im Spannungsfeld Pflege und Medizin angesiedelt sind. Während dies bei den Studiengängen zur Arztassistenz ausdrücklich der Fall ist, kann man die pflegerischen Studiengänge auch als Weiterentwicklung pflegerischer Berufsexpertise betrachten. Da hier angelsächsische Modelle als Vorbild dienen, handelt es sich aber auch nicht um eindeutige pflegerische Vertiefungsqualifikationen, sondern um Profile, die z. T. medizinisch orientiert eher als arztnah oder arztersetzend anzusehen sind. Sie greifen in ärztliche Aufgabengebiete ein, was bei dem im deutschen Gesundheitsrecht verankerten Arztvorbehalt (vgl. Bohne, 2012, S. 16, 54) zu Schwierigkeiten in der Berufsausübung führen könnte.

Auf eine Darstellung und Diskussion der Modellversuchsstudiengänge zur Erstausbildung von Pflege- und therapeutischen Berufen wird an dieser Stelle verzichtet, da sie sich hinsichtlich des Berufsprofils im Rahmen der Berufsgesetze bewegen und der Hochschulabschluss gewissermaßen als Erweiterung der Karrierechancen dazu kommt. Ein in den Tätigkeitsfeldern abgrenzbares Berufsprofil ist derzeit (noch) nicht erkennbar.

Bachelor of Science in Physician Assistance

Seit 2005 wird in Berlin eine Ausbildung zum Bachelor of Science in Physician Assistance (PA) angeboten (vgl. Bauer, 2005). Zugangsvoraussetzungen sind neben der Hochschulzugangsberechtigung eine abgeschlossene Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder als OTA. Das Curriculum umfasst neben medizinischen Fachgebieten auch Medizintechnik und Medizininformatik sowie verschiedene Managementthemen und Grundlagen der Betriebswirtschaft (vgl. DK, I 2009). Der hier für die Berufsausübung im OP besonders interessierende Teil des Studiums nennt unter dem Titel „Medizin-Transfer“ u. a. die Assistenz bei operativen Eingriffen,

Wundverschluss, Präparations- und Nahttechniken. Er geht somit über die üblichen Aufgaben von OTA und OP-Fachpflegepersonal hinaus. In dieser Hinsicht ähnelt das Studium im medizinischen Qualifikationsprofil der CTA-Ausbildung und der Weiterbildung in Chirurgieassistenz (CA).

Das Studium ist berufsbegleitend organisiert und dauert sechs Semester mit einer Praxisphase von 90 Tagen zuzüglich zweier Projektarbeiten im eigenen Krankenhaus, für die weitere 50 Tage veranschlagt werden (vgl. Blum/Grohmann, 2009, S. 119 f.). Seit 2011 ist das Studium breiter angelegt, läuft unter dem Titel „Allied Health and Health Management" und bietet verschiedene Fachgebiete als Wahlpflichtfächer, neben PA und Cardiology Assistance auch Intensivmedizin mit dem Abschluss Intensive Care Practitioner (ICP (vgl. SHB, 2014).

Zwischenzeitlich sind weitere Anbieter hinzugekommen. In Nordrhein-Westfalen (NRW) wird ein Studium Physician Assistant/Medizinassistenz (B.Sc.)angeboten und seit Oktober 2010 gibt es in Baden-Württemberg die Möglichkeit, ein Studium der Arztassistenz (Physician Assistant; PA) als Weiterbildung für Pflegeberufe zu absolvieren und mit dem Grad eines Bachelor of Science abzuschließen. Seit Oktober 2013 ist zu den Profilmodulen in Chirurgie und Innere Medizin ein Schwerpunkt in Urologie hinzugekommen.

> „Der Physician Assistant übernimmt im Rahmen einer Delegation durch einen Arzt und – soweit notwendig – nach Rückkoppelung mit diesem – die folgenden Tätigkeiten: Er kann eine Anamnese mit körperlicher Untersuchung durchführen, eine Diagnose vorschlagen, eine Konsiliardiagnostik berücksichtigen, einen Behandlungsplan aufstellen und durchführen, bei Operationen assistieren und kleine Eingriffe auf Anordnung des Arztes durchführen. Ebenso kann er medizinische Informationen adressatengerecht weitergeben, Verlegungen bzw. Überweisungen organisieren und fachliche Protokolle und Dokumentationen der Behandlung erstellen." (DHBW, 2014)

Das Studium in Baden-Württemberg weist einige Besonderheiten auf. Zugangsvoraussetzungen sind neben der Hochschulzugangsberechtigung, eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegefachberuf nach dem KrPflG oder AltPflG und ein Ausbildungsvertrag mit einer kooperierenden Klinik.

Während in NRW und Berlin neben OTA und Krankenpflegeberufen auch weitere Gesundheitsfachberufe angesprochen werden, ist die Zulassung in Baden-Württemberg auf Pflegeberufe beschränkt. Das Studium erfolgt nach den Vorgaben der „Weiterbildungsverordnung Arztassistenz" vom 5. Juni 2013 (WbVO), der bisher bundesweit einzigen Weiterbildungsregelung eines Landes, die ein Hochschulstudium betrifft. Mit dem erfolgreich absolvierten Studium wird die

Weiterbildungsbezeichnung staatlich anerkannte/r Arztassistent/-in (Physician Assistant) verliehen (§ 12 WbVO).

Hinsichtlich des Tätigkeitsspektrums in der Arztassistenz unterscheidet sich das Aufgabenprofil der PA nicht nennenswert von dem der Weiterbildungsgänge CA, COA und GA. Weitere Entwicklungsmöglichkeiten bietet allerdings der Hochschulabschluss, der über ein anzuschließendes Masterstudium noch zusätzliche Perspektiven eröffnet.

Advanced Nursing Practice (Nurse Practitioner)

An wenigen deutschen Hochschulen werden Studiengänge in Advanced Nursing Practice angeboten, deren Absolventinnen und Absolventen auch als „Nurse Practitioner" bezeichnet werden (vgl. Gut, 2007). Den verschiedenen Abschlussbezeichnungen entsprechen unterschiedliche Studiengangskonzepte. Zudem gibt es offensichtlich auch verschiedene Vorstellungen darüber, für welche spezifischen Aufgaben qualifiziert werden soll.

Immerhin haben sich drei deutschsprachige Berufsverbände auf die einheitliche Bezeichnung „Pflegeexperte/in APN" geeinigt (DBfK 2013, S. 4). APN steht dabei für Advanced Practice Nurse. Der Terminus könne auch als Oberbegriff für weitere Unterspezialisierungen gelten, wie Clinical Nurse Specialists (CNS), Higher Level Practitioners (HLP), Nurse Consultants (NC), Public Health Nurses (PHN) (vgl. DBfK, 2013, S. 13). Im Unterschied zu vielen pflegebezogenen Studiengängen, die eher auf leitende und lehrende Aufgaben vorbereiten, soll bei APN die direkte unmittelbare Pflege im Mittelpunkt stehen. Das wirft natürlich Fragen der Abgrenzung zu herkömmlich aus- und weitergebildeten Pflegefachkräften auf. Das Problem hat auch der Berufsverband erkannt und sieht in einem stärker ausgeprägten Skill-Mix und Skill-Grademix die Lösung (vgl. DBfK 2013, S. 27).

Im internationalen Vergleich ist eher an Studiengänge auf Masterniveau gedacht. In Deutschland werden aber vorwiegend Bachelorstudiengänge als Weiterbildung für Pflegeberufe angeboten, die obendrein mit den Studiengängen im Modellversuch konkurrieren, die eine Berufsausbildung mit einem ersten Hochschulabschluss kombinieren. Letztere dürften, da hier die Erstausbildung im Vordergrund steht, im Hinblick auf die pflegepraktische Kompetenz eher mit der herkömmlichen betrieblich-schulischen Ausbildung vergleichbar sein.

Das dreijährige berufsbegleitende Studium setzt neben der Hochschulzugangsberechtigung eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegeberuf voraus. Beispielsweise gliedert sich das Studium in eine Grundlagenphase (12 Monate; 60 Creditpoints) und die Wahlpflichtphase, die als Vertiefungsphase (24 Monate; 120 Creditpoints) vier Schwerpunkte anbietet:

- ANP Clinical Specialist
- ANP Critical Care Nursing
- ANP Rehabilitation
- ANP Intensive Ventilation Caring

Die Grundlagenphase ist für alle Bereiche gleich ausgerichtet (vgl. Steinbeis-NRW, 2014).

Ein ähnliches Studiengangskonzept wird auch in Hamburg angeboten:

> „Dieser Studiengang bietet examinierten Pflegekräften die Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung. Praxis- und Wissenschaftsorientierung, Interdisziplinarität und ethische Entscheidungsfindung bilden die Grundlagen des auf die erweiterte Pflegepraxis gerichteten Studienganges mit den Wahlpflichtschwerpunkten Intensivmedizin und Intensivpflege, Anästhesiologie und Anästhesiepflege oder Notfallmedizin und Notfallmanagement.“ (MSH, 2014)

Bei beiden Konzepten fällt die inhaltliche Ähnlichkeit mit staatlich geregelten Weiterbildungsangeboten für Pflegefachkräfte auf. Die genannten Schwerpunkte sind jeweils auch durch entsprechende Weiterbildungsabschlüsse abgedeckt. Im Falle der Hochschulausbildung sind sie ergänzt um einen ersten Hochschulabschluss. Ob es sich dabei um mehr als ein „akademisches add-on“ (Walkenhorst, 2013, S. 4) handelt, wird sich in der Berufspraxis der Absolventinnen und Absolventen erst noch erweisen müssen.

8.5 Fazit und Diskussion

Vor dem Hintergrund eines zunehmend wettbewerblich organisierten Gesundheitswesens geraten die Krankenhäuser unter erheblichen Kosten- und Rationalisierungsdruck.

Als Ausbildungszentren nahezu aller Gesundheitsberufe kommt ihnen bei der Gestaltung von Aus- und Weiterbildung eine besondere Bedeutung zu. Durch die Sonderstellung der anderen als ärztlichen Heilberufe im Berufsbildungssystem sind Krankenhäuser vielfach auch selbst Träger von berufsbildenden Schulen besonderer Art (vgl. Kruse, 1987). Da sie den eigenen Fachkräftebedarf bei den nicht an Hochschulen ausgebildeten Gesundheitsberufen weitgehend selbst decken und darüber hinaus auch für die in freier Niederlassung ausgeübten Berufe (z. B. Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Hebammen) die Aus- bzw. Weiterbildung gewährleisten, stehen sie für die Deckung des Fachkräftebedarfs in einer besonderen Verantwortung. Die Gestaltung von eigenen betriebsbezogenen Ausbildungsgängen hat daher eine gewisse Tradition. So gab es

an psychiatrischen Kliniken lange Zeit hauseigene Ausbildungsgänge in psychiatrischer Pflege ohne staatliche Anerkennung.

Von einem allgemeinen Mangel an Pflegefachkräften im Krankenhaus kann man derzeit noch nicht sprechen, er betrifft eher die häusliche Pflege und die Einrichtungen der Altenhilfe. In Krankenhäusern besteht eher ein Mangel an entsprechenden Stellen. Allerdings berichtet das DKI (vgl. Blum et al., 2013) auch von Stellenbesetzungsproblemen. Es handelt sich dabei um ausgeschriebene Stellen, die nicht oder für „längere Zeit" nicht besetzt werden konnten. Diese Probleme hatten sich seit 2009 verdoppelt, sind aber seit 2011 wieder rückläufig. Bezogen auf alle VK-Stellen waren im Frühjahr 2013 weniger als 1 % der Pflegestellen nicht besetzt (vgl. Blum et al., 2013, S. 20).

Die verschiedenen Mangelprognosen geben ein sehr unterschiedliches Bild und sind eher mit Vorsicht zu genießen. Noch immer werden Auszubildende in Pflegeberufen vielerorts nicht in Beschäftigungsverhältnisse übernommen oder gegen ihren Willen in Teilzeit oder befristet beschäftigt. Das beginnt sich angesichts der rapide rückläufigen Schulabgängerzahlen (vgl. Dielmann, 2010a, S. 33) zu ändern.

Mangel besteht allenfalls regional und in einzelnen Fachgebieten. Funktionsdienste sind hier besonders betroffen (vgl. Blum et al., 2013, S. 22 ff.; Lehmann, 2014, S. 20 f.). Das gilt auch für die Ärzteschaft, wobei die Krankenhäuser offenbar in der Lage sind, den durch Ausbildung hierzulande nicht gedeckten Ärztebedarf durch Anwerbung ausländischer Ärztinnen und Ärzte weitgehend zu kompensieren. Eine bedeutende Rolle spielt auch der Einsatz von Honorar- und Vertragsärzten (vgl. Blum et al., 2013, S. 33 ff.). Der vielfach postulierte Ärztemangel erweist sich als widersprüchlich. Bezogen auf das Krankenhaus sind steigende Beschäftigungszahlen zu vermerken. Im niedergelassenen Bereich scheint es sich eher um ein Verteilungsproblem zu handeln, das auf andere Weise gelöst werden müsste.

Auch die Frage des Bedarfs an den dargestellten Berufsbildern und Qualifikationsprofilen entzieht sich einer einfachen Antwort. Für die meisten Qualifikationen (z. B. ATA, OTA, CTA) besteht kein Bedarf, in dem Sinne, dass es sich um neue Qualifikationen handelt, die nicht bereits bei anerkannten Berufen vorhanden wären und bei entsprechenden Bemühungen um Aus- und Weiterbildung auch gedeckt werden könnten. Ein Bedarf lässt sich vielmehr aus ökonomischen Zusammenhängen ableiten. Es gibt wirtschaftliche Anreize, qualifizierte Tätigkeiten von Personen ausführen zu lassen, deren Qualifikation gerade hierfür ausreicht oder speziell nur auf diese Tätigkeiten ausgerichtet ist.

Dies führt zu einer Taylorisierung der Arbeit, bei der ganzheitliche Arbeitsprozesse in einzelne Arbeitsschritte zerlegt werden, die auch von weniger gut qualifizierten Arbeitskräften und damit preiswerter erledigt werden können. Berufe mit ganzheitlichem Versorgungsanspruch verlieren dabei an Attraktivität. Schmalspurig auf ein enges Tätigkeitsfeld ausgerichteten Berufsbildern fehlt es zumeist an einer weiter reichenden Perspektive, die auch einen Wechsel ermöglicht. Durch die Vielzahl der am kleinteilig organisierten Arbeitsprozess beteiligten Personen sind Einbußen bei der Versorgungsqualität zu befürchten. Allerdings gibt es besonders in der Medizin einen allgemeinen Trend zur Spezialisierung, der auch Auswirkungen auf die kooperierenden Gesundheitsfachberufe haben muss.

Spezifische Qualifikationen in hochspezialisierten Ausbildungsgängen, wie sie die ATA- und OTA-Ausbildungen darstellen, können in kürzerer Zeit vermittelt werden als über den Weg der Weiterbildung von breiter ausgebildeten Pflegefachkräften. Sie stellen sich auch insoweit aus Krankenhausträgersicht als wirtschaftlicher dar. Diese Einschätzung wird am Beispiel der ATA auch von den Betroffenen geteilt (vgl. Lehmann, 2014, S. 170 f.).

Ausbildung und Weiterbildung staatlich regeln

Betriebs- oder konzernbezogenes Berufebasteln ist in einem auf staatlich anerkannten Berufen basierenden Wirtschaftssystem auf Dauer nicht tolerierbar. Das gilt erst Recht für Gesundheitsfachberufe, denen eine besondere Verantwortung zukommt. Soweit den Assistenzberufen die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten übertragen wird, wie Wunden durch Nähte schließen, Wundverbände anlegen, Injizieren oder bei Eingriffen assistieren, ist auch die Zulassung als Heilberuf zu erwägen (vgl. Igl, 2013, S. 255).

ATA und OTA sind wegen ihres engen Zuschnitts eher als kombinierte Ausbildung denkbar, die Aufgaben aus der Chirurgieassistenz einschließen (vgl. dazu auch Lehmann, 2014, S. 110 f.). Mit einer durch die Kombination der Profile breiter angelegten Berufsausbildung wäre es einfacher, die Kriterien für die Anerkennung als Ausbildungsberuf zu erfüllen (vgl. Lehmann, 2014, S. 58). Das CTA-Profil erscheint eher als Weiterbildung für Pflegeberufe sinnvoll, wie sie mit der Qualifizierung in Chirurgie- und Gefäßassistenz ja auch bereits existiert.

Für alle drei Berufsausbildungen gilt bereits das Berufsbildungsgesetz, sodass sich eine auf dieser Grundlage erlassene Ausbildungsordnung als Regelungsinstrument staatlicher Anerkennung anbietet. Diese ist auch wesentlich schneller zu realisieren als eine Heilberufsregelung, wenn sich die Sozialpartner in dem Regelungsbedarf einig sind. Da es sich offensichtlich um Heilberufe handelt, ist auch eine Kombination von Berufszulassungsgesetz und Ausbildungsordnung nach

BBiG eine denkbare Lösung. Eine landesrechtliche Regelung als schulische Berufsausbildung erscheint hingegen nicht sinnvoll. Die Berufe enthalten keine Landesspezifika und sollten daher bundeseinheitlich geregelt werden.

Berufsbildungspolitisch sind die auf eine staatlich geregelte Ausbildung aufbauenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten wie CA, GA oder PA weniger problematisch. Ähnliches gilt für die diversen Qualifizierungsangebote für Pflegefachkräfte wie pain nurse oder study nurse. Aber auch hier fehlt es sowohl an rechtlichen Grundlagen als auch an einheitlichen Strukturen und Qualifikationsprofilen, wodurch ein Stellenwechsel und eine wechselseitige Anerkennung erschwert werden. In einer Zeit, in der berufliche Mobilität immer wichtiger wird und der Arbeitsmarkt europäische Dimensionen annimmt, sind betriebs- oder konzernbezogene Qualifikationen viel zu eng gedacht. Sie sind für eine berufliche Entwicklung eher hinderlich.

Mit einer Integration der Gesundheitsberufe in das Regelsystem der beruflichen Bildung wären bundeseinheitliche Weiterbildungsregelungen nach § 53 BBiG möglich und wesentlich schneller realisierbar als vergleichbare Landesregelungen oder Berufszulassungsgesetze für Weiterbildungsabschlüsse. Wenn die neu entwickelnden Qualifikationsprofile darauf abzielen, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen und somit Heilkunde auszuüben, besteht auch in dieser Hinsicht Regelungsbedarf. Während man davon ausgehen kann, dass bestimmte ärztliche Tätigkeiten (z. B. Injektionen verabreichen, Katheterisieren und Anlegen von Wundverbänden) gewissermaßen zum Berufsbild von Pflegefachkräften gehören, gibt es ärztliche Tätigkeiten wie z. B. Wundsekret absaugen, Haken halten, Gefäße koagulieren und Fäden abschneiden, zu deren Übernahme Pflegepersonal im OP nach vorliegender Rechtsprechung nicht verpflichtet werden kann (vgl. Bohne, 2012, S. 208 ff.).

Berufsbilder, die speziell für die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten entwickelt werden, ohne über eine Approbation als Arzt/Ärztin zu verfügen, bedürfen der staatlichen Regelung insbesondere auch im Hinblick auf die Ausübung der Heilkunde. Zu Recht warnt die DGCH vor dem juristischen Graubereich, in dem die derzeitigen Entwicklungen stattfinden und fürchtet eine Deprofessionalisierung des Chirurgenberufs (vgl. DGCH, 2007). Während die Ärzteschaft am Delegationsprinzip festhalten will (vgl. DGCH, 2014), erscheint es unter berufsbildungspolitischer Hinsicht nicht sinnvoll, Berufe zu schaffen, deren Berufsprofil überwiegend auf delegierten Tätigkeiten basiert. Ein abgrenzbares Tätigkeitsfeld mit eigenverantwortlich auszuübenden Aufgaben stellt ein wesentliches Merkmal eines Berufs dar (vgl. Lehmann, 2014, S. 58). Ungeachtet der Notwendigkeit, für entsprechend qualifizierte Heilberufe die selbstständige Ausübung der Heilkunde bezogen auf ihre berufliche Tätigkeit zu erlauben und dies zu regeln, bedarf auch die

Delegation ärztlicher Tätigkeiten möglichst einheitlicher rechtlicher Regelungen, z. B. durch einen Delegationsstandard (vgl. Bohne, 2012, S. 303).

Die Problematik der Heilkundeausübung gilt für die Absolventinnen und Absolventen der Bachelorstudiengänge in Physician Assistance in gleicher Weise. Die unterschiedlichen Zugangsberufe dürften den Zugang zum Arbeitsmarkt nicht erleichtern. Zudem könnte der mit höheren Einkommenserwartungen verbundene Hochschulabschluss in Konkurrenz zu Assistenzberufen mit entsprechender Aus- oder Weiterbildung ein Anstellungshindernis darstellen, das nur zum Preis der niedrigeren Vergütung überwunden werden kann.

Bezogen auf die an Hochschulen ausgebildeten Nurse Practitioners kann derzeit von einem Bedarf an diesen Qualifikationen nicht ausgegangen werden. Wenn man einmal davon absieht, dass ein höheres Ausbildungsniveau immer wünschenswert erscheint, fehlen hier jedoch weitgehend die den akademischen Qualifikationen entsprechenden Arbeitsmöglichkeiten. Die im Konzept genannten Spezialisierungen (vgl. DBfK, 2013, S. 11) werden durch entsprechende Weiterbildungen abgedeckt, weitergehende Aufgaben, wie z. B. „das Recht, eine Diagnose zu stellen, Medikamente und Behandlung zu verordnen, Einweisungen und Überweisungen zu veranlassen" (DBfK, 2013, S. 12), bedürften in Deutschland, erst rechtlicher Rahmenbedingungen, die dies erlaubten. So sieht auch der das APN-Konzept besonders favorisierende Berufsverband zahlreiche Hinderungsgründe (ebd., S. 18) und eine Reihe von Regelungsnotwendigkeiten (ebd., S. 24 ff.).

Für die Absolventinnen und Absolventen der derzeit angebotenen Studiengänge bedeutet dies zunächst, den weitergebildeten Pflegefachkräften vergleichbare Stellen anzunehmen oder sich in Nischen neue Tätigkeitsfelder zu erschließen. Inhaber/-innen von Masterabschlüssen in der direkten Pflege werden vermutlich erst dann ausbildungsadäquat eingesetzt werden können, wenn sie auch mit zusätzlichen Kompetenzen in pflegerischer Diagnostik und Therapie ausgestattet werden.

Es ist unerlässlich, die derzeit ungeordnet stattfindenden beruflichen Entwicklungen im Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege in staatlich anerkannte Abschlüsse zu überführen und möglichst bundeseinheitliche Weiterbildungsregelungen zu treffen. Die Ausübung der Heilkunde ist weiteren hierfür qualifizierten Berufsangehörigen zu ermöglichen. Perspektivisch steht eine umfassende Neuordnung der Gesundheitsfachberufe auf der Tagesordnung. Sie liegt gleichermaßen im Interesse des Arbeitsmarkts, der Berufsangehörigen sowie der Bevölkerung, die einer adäquaten Gesundheitsversorgung bedarf.

Literatur

Afentakis, A./Maier, T. (2010). *Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025.* In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002.

Asklepios (Hrsg.) (2014). *Die Weiterbildung zur/zum Chirurgischen Operationsassistentin/en (COA).* http://www.asklepios.com/upload/COA_270114_PDF___neu_29241.PDF (26.10.2014).

BA – Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2010). *Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Arbeitsmarktberichterstattung. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland.* Nürnberg. http://www.typengesucht.de/uploads/media/Arbeitsmarktbericht_Gesundheits-_und_Pflegeberufe_2009_03.pdf (24.10.2014).

BÄK – Bundesärztekammer (2014). *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013.* http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002 (22.10.2014).

Bals, T. (1993). *Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe.* Darmstadt: Leuchtturm.

Bals, T. (2002). *Neue Qualifikationsbilder in den personenbezogenen Dienstleistungen – am Beispiel Operationstechnischer Assistent und Tagesmutter.* In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.): Qualifizierungsoffensive: Bedarf frühzeitig erkennen – zukunftsorientiert handeln. Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten. Bd. 6, Bielefeld: Bertelsmann, S. 105–117.

Bals, T./Dielmann, G. (2013). *Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems.* In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 177–191.

Bauer, S. (2005). *Assistenten mit Diplom – Studium für Ambitionierte.* In: nahdran 02/2005, S. 22–25.

BDA – Berufsverband Deutscher Anästhesisten/DGAI – Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2004). *Münsteraner Erklärung. Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose. Beschluss der Präsidien von DGAI und BDA am 19.11.04 bzw. 30.11.04.* http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/MuensteranerErklaerung_Parallelnarkose11-04.pdf (24.10.2014).

Becker, W. (2002). *Gesundheits- und Sozialberufe – wissen wir genug, um über berufliche Reformen reden zu können?* In: Becker, W./Meifort, B. (Hrsg.): Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Bielefeld: Bertelsmann.

Berentzen, J. (2009). *Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Operationsdienst – Der Chirurgie-Assistent.* Der Chirurg BDC 1, S. 19–24.

BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2014a). *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2014.* Bonn.

BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2014b). *Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen vom 19. Mai 2014.* Veröffentlicht im Bundesanzeiger am 12.06.2014.

Bischoff-Wanner, C. (2001). *170 Jahre Sonderwege in der Ausbildung der Pflege – und kein Ende!?* Pflege & Gesellschaft, 6 (3), S. 78–86.

Bitter-Suermann, D. (2011). *Ärzteschwund/Ärztemangel. Wo liegen die Probleme?* Forschung & Lehre, 18 (1), S. 42–44. http://www.mft-online.de/files/fo_le1_11 _aerztemangel.pdf (30.10.2014).

Blum, K./Grohmann, J. (2009). *Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutsches Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Düsseldorf. http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/gutachten-heilberufe.pdf (27.10.2014).

Blum, K./Löffert, S. (2010). *Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. Düsseldorf. http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/langfassung_aerztemangel1.pdf (27.10.2014).

Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. (2013). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013*. Düsseldorf. http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus_barometer_2013.pdf (27.10.2014).

Blum, K./Offermanns, M./Damerau, M. (2013). *Nicht-ärztliche Chirurgie- und Anästhesie-Assistenz – Perspektiven für neue Berufsbilder im OP. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. Düsseldorf. http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/nicht-aerztliche_chirurgie-_und_anaesthesie-assistenz.pdf (27.10.2014).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben … vom 18.11.2009*. Bundesanzeiger Nr. 180 (27.11.2009), S. 4052. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_gesetze/bekanntmachungen/Bekanntmachung-RiLi-Berufsgesetze.pdf (24.10.2014).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2013). *Daten des Gesundheitswesens 2013*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2013.pdf (30.10.2014).

Bohne, K. (2012). *Delegation ärztlicher Tätigkeiten*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J. (2013). *Berufsbilder im Gesundheitssektor*. In: Friedrich-Ebert-Stiftung. Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.): WISO Diskurs, Bonn.

BR-Drs. – Bundesdrucksache 111/09 (2009). *Gesetzesantrag der Länder Nordrhein-Westfalen, Saarland: Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes*. http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2009/0111-09.pdf (24.10.2014).

BR-Drs. – Bundesdrucksache 28/10 (2010). *Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen: Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes*. http://www.bdpk.de/media/file/620.Anlage_Drucksache_28_10_vom_12.02.2010__OTA.pdf (24.10.2014).

BR-Drs. – Bundesdrucksache 126/14 (2014). *Gesetzentwurf des Bundesrates: Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes*. http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2014/0126-14.pdf (24.10.2014).

Brendel, S./Dielmann, G. (2000). *Zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen – Standortbestimmung im Bildungssystem und Perspektiven*. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 96 (1), S. 79–101.

Brenke, K. (2010). *Fachkräftemangel kurzfristig noch nicht in Sicht*. In: DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Wochenbericht Nr. 46/2010, S. 2–15. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.363686.de/10-46-1.pdf (24.10.2014).

BT-Drs. – Bundesdrucksache 16/12679 (16. Wahlperiode) (2009). *Gesetzesentwurf des Bundesrats. Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.* http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/126/1612679.pdf (27.10.2014).

BT-Drs. – Bundesdrucksache 18/1581 (18. Wahlperiode) (2014). *Gesetzesentwurf des Bundesrats. Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.* http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/015/1801581.pdf (27.10.2014).

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2013). Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgu*ng*. http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf (24.10.2014).

Deutsche Hochschulmedizin e. V. (2011) *Deutschland bildet besonders viele Mediziner aus.* Pressemeldung vom 13.05.2011. http://www.mft-online.de/files/2011_05_13_pm_oecd_vergleich.pdf (30.07.2014).

DGCH – Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2014). *Ärzte qualifiziert unterstützen.* Pressemeldung vom 04.07.2014. http://www.dgch.de/index.php?id=99&tx_news_pi1[news]=388&tx_news_pi1[controler]=News&tx_news_pi1[action]=detail&cHash=855d5218d5c0301262f928 aca508bb94 (30.10.2014).

DGCH – Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Hrsg.) (2007). *Nichtärztliche Assistenz durch chirurgisch technische Assistenten (CTA). Workshop der DGCH zur Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie.* Mitteilungen der Deutschen, Gesellschaft für Chirurgie 2007; 36: S. 59−60)

DGG – Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (Hrsg.) (2013). *Weiterbildungskonzept Gefäßassistent/-in.* Version 2013–2014.

DGG – Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (2014). *Gefäßassistent/in DGG.* http://www.dgg-akademie.de/sektionen/gefaessassistentin-dgg.html (26.10.2014).

DGU – Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (Hrsg.) (2007). *Chirurgisch-Technischer Assistent (CTA), Bologna-Prozess.* Mitteilungen und Nachrichten, 29 (56), S. 20–22. http://www.dgu-online.de/bildung/zeitschriften/archiv-oumn.html (30.10.2014).

DHBW – Duale Hochschule Baden-Württemberg (2014). *Physician Assistant – Arztassistent (B. Sc.).* https://www.dhbw-karlsruhe.de/allgemein/studiengang-arztassistent/ (26.10.2014).

Dielmann, G. (2001). *Ausbildung statt Weiterbildung im OP?* Infodienst Krankenhäuser, Nr. 13, S. 29–30.

Dielmann, G. (2005a). *Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Berufebasteln bei Helios.* Infodienst Krankenhäuser, 28, S. 38–39.

Dielmann, G. (2005b). *Finanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern.* Infodienst Krankenhäuser, 31, S. 31–35.

Dielmann, G. (2009). *Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.* Die Schwester Der Pfleger, 48 (8), S. 806–811.

Dielmann, G. (2010a). *Trendwende auf dem Ausbildungsmarkt?* Infodienst Krankenhäuser, 51, S. 31–33.

Dielmann, G. (2010b). *Neue Berufsbilder in den Kliniken – Chancen und Risiken.* Infodienst Krankenhäuser, 51, S. 28–30.

Dielmann, G. (2013a). *Krankenpflegegesetz. Kommentar für die Praxis.* Frankfurt a. M.: Mabuse.

Dielmann, G. (2013b). *Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht.* In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 148–176.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2013a). *Zahlen Daten Fakten.* Berlin.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2013b). *DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten – Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 17. September 2013.* Berlin.

DOSV – Deutscher OTA-Schulträger-Verband (2014). *Hoch qualifizierte Fachkräfte in der PP-Assistenz.* http://www.ota.de/das-berufsbild/ (30.10.2014).

Gemeinsame Erklärung OTA-Schulträger-Verband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., Deutsche Gesellschaft für Chirurgie u.a. vom 19.08.2005. http://www.dkgev.de/pdf/882.pdf (27.10.2014).

Gut, C. (2007). *Nurse practitioners in der medizinischen Grundversorgung der Schweiz?* Schweizerische Ärztezeitung, 88 (51/52), S. 2170–2173.

Hampel, A. (2005). *Erst Abi, dann OP – das Einsteigermodell. Ausbildung „Chirurgisch-technischer Assistent“.* nahdran 02/2005, S. 26 f.

Helios Kliniken GmbH (Hrsg.) (2004). *Medizinische/r Assistent/in für Anästhesiologie. Eine Weiterqualifizierung der Helios Akademie.* Informationsflyer. Fulda.

Hilbert, J./Bräutigam, C./Evans, M. (2014). *Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen.* WSI Mitteilungen 1/2014. Düsseldorf.

Hoffmann, R. (2007). *Chirurgisch-Technischer Assistent (CTA).* DGU-Mitteilungen und Nachrichten, 29 (56), S. 20–22.

Igl, G. (2013). *Gesundheitsberufe neu regeln: Rechtsexpertise.* In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 235– 431.

Kaiserswerther Diakonie (2014). Chirurgisch-Technischer Assistent (CTA). http://www.kaiserswerther-diakonie.de/de/ueber-die-kaiserswerther-diakonie/bildung-erziehung/bildungszentrum-fuer-gesundheitsfachberufe/schul-und-ausbildungsangebote/ chirurgisch-technischer-assistentin-cta.html (30.10.2014).

Kälble, K. (2009). *Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld.* GGW, 9 (2), S. 15–22.

Klose, J./Rehbein, I. (2011). *Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.* http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf (24.10.2014).

KMK – Kultusministerkonferenz (1975). *Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland: Bezeichnungen zur Gliederung des beruflichen Schulwesens* (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 08.12.1975).

Kramer, H. (2000). *Aus- und Weiterbildung im OP-Bereich.* BWP 5/2000, S. 21–22.

Kruse, A.-P. (1987). *Berufskunde II: die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts.* Stuttgart: Kohlhammer.

Lehmann, Y. (2014). *Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege? Eine Evaluationsstudie zu Qualifizierungswegen und -profilen für das Handlungsfeld Anästhesie.* Frankfurt a. M.: Mabuse.

Maier, T./Zika, G./Wolter, M. I./Kalinowski, M. et al. (2014). *Engpässe im mittleren Qualifikationsbereich trotz erhöhter Zuwanderung*. BiBB Report Heft 23. http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a14_BIBBreport_2014_23.pdf (24.10.2014).

Meifort, B./Mettin, G. (1998). *Gesundheitspflege – Überlegungen zu einem BBiG-Pflegeberuf*. Bielefeld.

MSH – Medical School Hamburg (2014). *Studium Advanced Nursing Practice (Bachelor of Science)*. http://www.medicalschool-hamburg.de/fakultaet-gesundheit/bachelorstudiengaenge/advanced-nursing-practice/ (24.10.2014).

Niehaus-Sturr, B. (2009). *Kaiserswerther Diakonie stützt Ressourcenoptimierung in Kliniken durch Ausbildung zum Chirurgisch-Technischen Assistenten*. Der Chirurg, BDC 6.

Notz, K. (2008). *Brauchen wir weitere Spezialausbildungen für OP-Personal?* nahdran 1/08, S. 18–21.

Offermanns, M./Bergmann, K. O. (2008). *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*. Düsseldorf. http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung-aerztlicher-dienst_langfassung1.pdf (27.10.2014).

Offermanns, M./Bergmann, K. O. (2010). *Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen – Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)*. Düsseldorf. http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung_pflege_langfassung1.pdf (27.10.2014).

PWC – PricewaterhouseCoopers (Hrsg.) (2010). *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf (24.10.2014).

Roth, I. (2011). *Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten*. Berlin.

Sachsen-Anhalt (Voll-/Teilzeit). VO über die Ausbildung für die operationstechnische Assistenz (OTA-VO) vom 15.03.2010 (GVBl, S. 128).

SHB – Steinbeis-Hochschule Berlin (2014). *Studien- und Prüfungsordnung (SPO) für den Studiengang Bachelor of Science (B.Sc.) I der Steinbeis-Hochschule Berlin (SHB)*. http://www.steinbeis-pa.de/fileadmin/res/pdf/SPO-B.Sc.-I.pdf (30.10.2014).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2010). Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102089004.pdf?__blob=publicationFile (27.10.2014).

Statistisches Bundesamt (2014). *Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2012/2013*. Fachserie 11, Reihe 2. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200137004.pdf?__blob=publicationFile (27.10.2014).

Steinbeis-NRW (2014). *Bachelor of Arts in Advanced Nursing Practice (ANP)*. http://www.steinbeis-hochschule-nrw.de/studium/bachelor/bachelor-of-arts-in-advanced-nursing-practice-anp (30.10.2014).

Thüringer Schulordnung für die Höhere Berufsfachschule – dreijährige Bildungsgänge – (ThürSOHBFS 3) vom 13.12.2004. Gesetzes- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen Nr. 1. Erfurt, 31.01.2005.

Tivig, T./Henseke, G./Neuhaus, J. (2013). *Berufe im Demografischen Wandel. Alterungstrends und Fachkräfteangebot*. http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/berufe-im-demografischen-wandel.pdf?__blob=publicationFile (24.10.2014).

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007). *ver.di-Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.* Infodienst Krankenhäuser, 39, S. 5–8.

Verordnung des Sozialministeriums und des Wirtschaftsministeriums zur Erprobung einer Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zur Arztassistenz (Weiterbildungsverordnung Arztassistenz) vom 5. Juni 2013, GBl. vom 11. Juli 2013.

Walger, M./Paas, B. (1996). *Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTA): Ein neuer Ausbildungsgang für den Operationsdienst.* das Krankenhaus, 8/96, S. 460–462.

Walkenhorst, U. (2013). *Zukunft der therapeutischen Gesundheitsberufe im Spannungsfeld von beruflicher Ausbildung und akademischer Qualifizierung – Hochschultage Berufliche Bildung 2013.* http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/walkenhorst_ft10-ht2013.pdf (15.10.2014)

Wiethölter, D. (2012). *Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich.* http://doku.iab.de/regional/BB/2012/regional_bb_0312.pdf (24.10.2014).

Zöller, M. (2012). *Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen.* In: BiBB (Hrsg.): BWP 6/2012, S. 6–10.

Zöller, M. (2014). *Gesundheitsfachberufe im Überblick.* www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/7369 (24.10.2014).

9 Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Therapieberufe

BERNHARD BORGETTO

Die Akademisierung der Therapieberufe ist durch eine Zunahme der Zahl und Heterogenität von Studienangeboten gekennzeichnet. Widerstände gegen eine Akademisierung der Therapieberufe nehmen ab und der Akademisierungsbedarf wird zunehmend deutlicher. Dieser ergibt sich vor allem durch die zunehmende Komplexität der therapeutischen Arbeitsprozesse in einem sich ständig weiterentwickelnden, multiprofessionellen Gesundheitssystem und den Anspruch, evidenzbasiert zu arbeiten.
Um die in Deutschland von Hochschulen angebotenen Therapiestudiengänge inhaltlich zu beschreiben, existiert noch keine geeignete, umfassende und widerspruchsfreie Klassifikation – auch die vom Wissenschaftsrat vorgeschlagene Systematik wird der Komplexität und Vielfalt der Studiengangsformate nicht gerecht. Die Diskussion dieser Systematik jedoch macht die Eigenheiten der Studienlandschaft deutlich.
Mit der Gründung des Fachbereichstags Therapiewissenschaften, der Entwicklung eines interdisziplinären hochschulischen Fachqualifikationsrahmens und der Einrichtung eines Studiengangs zur fach-/berufsdidaktischen Basisqualifizierung von Lehrern an Berufsfachschulen[1] in Kooperation einer Fachhochschule und einer Universität steigt die Anschlussfähigkeit an den etablierten Wissenschaftsbetrieb.
Zu erwarten ist, dass sich ein gestuftes Ausbildungs- und Aufgabensystem für die Therapieberufe entwickelt. Dabei wird es darauf ankommen, die bisherige umfassende praktische Ausbildung mit einer vollständigen akademischen Sozialisation zu verbinden.

Einleitung

Die Ausbildungssituation in den Therapieberufen ist in Deutschland qualitativ wie quantitativ heterogen, unübersichtlich und von einer hohen Dynamik gekennzeichnet (vgl. Kälble, 2008; Lehmann et al., 2014).

Die meisten Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen und Physiotherapeut_innen werden noch immer an Berufsfachschulen außerhalb des für den deutschsprachigen Raum üblichen dualen Berufsausbildungssystems ausgebildet. Die dreijährige berufliche Ausbildung findet an überwiegend privaten Berufsfachschulen statt und orientiert sich an staatlichen Vorgaben bzgl. der Ausbil-

1 Aufgrund des Förderalismus und Bildungspluralismus in Deutschland existiert kein einheitlicher Begriff und keine einheitliche Form für die Schulen, an denen Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen und Physiotherapeut_innen ausgebildet werden. Zudem sind in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Ministerien zuständig und so fallen die Schulen unter unterschiedliche Gesetze. Gängig sind die Begriffe Berufsfachschulen und Schulen im Gesundheitswesen – letztere werden auch häufig als Schulen besonderer Art bezeichnet. In diesem Beitrag wird durchgängig der Begriff Berufsfachschule verwendet, auch wenn dieser nicht immer zutreffend ist und dadurch bisweilen einen eher euphemistischen Charakter hat.

dungs- und Prüfungsinhalte. Verantwortlich für die Abnahme der Abschlussprüfungen sind die Amtsärzte (vgl. Döhler, 1997). Zudem existiert ein von Berufsverbänden und privaten Bildungsträgern weitgehend privatwirtschaftlich organisierter Weiterbildungsmarkt.

Eine akademische Bildung wurde zunächst nur von wenigen Therapeut_innen angestrebt und durch ein Studium vorrangig in den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Soziologie realisiert. Inhaltliche Bezüge zur Therapie mussten individuell im Studium hergestellt werden, konnten aber häufig in Abschlussarbeiten thematisiert werden. Mit explizitem Fachbezug konnte – zumindest teilweise *innerhalb* Deutschlands – nur durch die Einschreibung an ausländischen europäischen Hochschulen studiert werden, die mit in Deutschland ansässigen Hochschulen oder Berufsfachschulträgern kooperieren. Studiert wurde in der Regel sowohl an der ausländischen Hochschule wie auch an den Standorten der inländischen Kooperationspartner. Schließlich gibt es nach wie vor die Möglichkeit, vollständig an einer europäischen Hochschule Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie zu studieren und eine dort gültige Berufsanerkennung zu erlangen. Diese wird in Deutschland entsprechenden EU-Richtlinien folgend anerkannt, sodass die Absolvent_innen zur Führung der Berufsbezeichnung in Deutschland berechtigt sind.

Erst 2001 wurde an der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst in Hildesheim der erste deutsche Bachelorstudiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie als Modellvorhaben im Rahmen des BLK[2]-Programms „Neue Studiengänge" eingerichtet (BLK, 2003b). Seither hat die Zahl an Bachelor- und Masterstudiengängen vor allem an Fachhochschulen stark zugenommen.

Die Hochschulen können weitgehend selbstbestimmt über die Ziele, Inhalte und Organisationsformen ihrer Studiengänge entscheiden, sodass diese entsprechend heterogen sind. Eine externe Qualitätssicherung soll durch Akkreditierungsverfahren erfolgen, diese sind jedoch nicht auf einheitliche Ausbildungsziele und -inhalte gerichtet. Bachelorstudiengänge ohne begleitende oder integrierte berufsfachschulische Ausbildung führten bis 2010 in der Regel nicht zur Berechtigung der Berufsausübung.

Im Jahre 2009 wurde durch den Deutschen Bundestag ein vom Bundesrat initiiertes Gesetz verabschiedet, das zu der Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen/Entbindungspfleger, Logopäd_innen, Physiotherapeut_innen und Ergotherapeut_innen führte (vgl. DBT, 2009). Diese Modellklausel erlaubt, Studiengänge für die genannten Berufsgruppen zu

2 Die Aufgaben der ehemaligen Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) in den Bereichen Wissenschafts- und Forschungsförderung wurden ab 1. Januar 2008 von der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK) übernommen.

erproben, die in die Berufsberechtigung münden. Entsprechende Modellstudiengänge laufen seit dem Wintersemester 2010/2011 an der neu gegründeten Hochschule für Gesundheit in Bochum sowie an einigen weiteren Hochschulen.

Angesichts dieser vielfältigen Entwicklungen erscheint eine Zwischenbilanz der Akademisierung der Therapieberufe angemessen. Diese basiert auf einer Analyse des Akademisierungsbedarfs (Kap. 9.1), der Strukturen akademischer Ausbildung (Kap. 9.2) und der Studiengangsformate (Kap. 9.3), gefolgt von einer Schätzung der aktuellen Verbreitung von Studienangeboten (Kap. 9.4) und einer Betrachtung aktueller Entwicklungen (Kap 9.5). Der Beitrag schließt mit einem Ausblick auf mögliche künftige Perspektiven (Kap. 9.6).

9.1 Akademisierungsbedarf

Durch die wirtschaftliche, die demografische und die epidemiologische Entwicklung (vgl. Borgetto/Siegel, 2009; Borgetto, 2013a) ergeben sich ein anhaltender Spar- und Innovationsdruck sowie neue Anforderungen an das Gesundheitssystem und an die in ihm tätigen Berufsgruppen. Diese erfordern auf lange Sicht eine Umsteuerung der Prioritäten und Ressourcen des Gesundheitssystems von der Akutmedizin zu mehr Rehabilitation, Pflege, Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Borgetto/Siegel, 2009).

Die veränderten Versorgungs- und damit einhergehend Qualifikationsbedarfe machen neue Aufgabenzuschnitte und -verteilungen zwischen den Gesundheitsberufen für die Qualitäts- und Effizienzentwicklung im Gesundheitswesen erforderlich (vgl. Borgetto/Kälble, 2007; Bollinger et al., 2007; Pundt, 2006; SVR, 2008). Diese Anforderungen verweisen auf eine Bedeutungszunahme der Gesundheitsfachberufe (vgl. Schwartz/Klein-Lange, 2003), aber auch auf dringend erforderliche fachliche und berufspolitische Weiterentwicklungen, vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Adler, 2012).

Der Wissenschaftsrat (WR) hat 2012 – nicht zum ersten Mal – Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen formuliert (vgl. WR, 2012). Mit Bezugnahme auf den durch die demografische Entwicklung bedingten epidemiologischen Wandel und den medizinischen Fortschritt konstatiert der Wissenschaftsrat eine quantitative Ausweitung und qualitative Veränderung der gesundheitlichen Versorgungsbedarfe, die insbesondere eine stärker kooperativ (um-)organisierte und komplexere Versorgung erfordert. Daraus ergeben sich nach Ansicht des Wissenschaftsrats wiederum neue Anforderungen an die Qualifikationen und Qualifizierungswege der Gesundheitsberufe. Der Wissenschaftsrat vertritt die Auffassung, dass bei den

Gesundheitsfachberufen die übliche Ausbildung an berufsbildenden Schulen nicht ausreicht, die erforderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten zu vermitteln und empfiehlt,

> „das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden. Die hochschulische Ausbildung sollte in erster Linie in Form von primärqualifizierenden, patientenorientierten Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden Bachelor-Abschlusses erfolgen. Vor dem Hintergrund der üblichen Größe multidisziplinärer Teams hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den hier betrachteten Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren. Ferner sollten Studienangebote entwickelt werden, die für ausgebildete, erfahrene Kräfte attraktive Möglichkeiten zur akademischen Weiterbildung für spezialisierte patientenorientierte Aufgaben sowie für Tätigkeiten in der Lehre und im Gesundheitsmanagement eröffnen." (WR, 2012, S. 10).

Dass eine moderne angemessene Gesundheitsversorgung auf einer – in Bezug auf die Zahl der Therapeut_innen zumindest teilweisen – Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe führen sollte, ist mittlerweile kaum noch umstritten, selbst die Bundesärztekammer hat sich in einer Stellungnahme dieser Argumentation gegenüber offen gezeigt (vgl. Adler et al., 2013).

Damit allerdings wird implizit einer langjährigen Forderung eine Absage erteilt: der Forderung nach der Akademisierung der gesamten Berufsgruppen (vgl. AG MTG, 2011). Tatsächlich ist die Tätigkeit in den therapeutischen Gesundheitsberufen gekennzeichnet durch eine hohe und weiter zunehmende Komplexität der Arbeitsinhalte und Arbeitsmethoden insgesamt. Zudem ist der therapeutischen Arbeit de facto schon seit längerer Zeit ein höheres Maß an Selbstständigkeit inhärent, als das SGB V der Heilmittelerbringung zugesteht. Grundlage der Therapie sind längst ergotherapeutische, logopädische bzw. physiotherapeutische Diagnosen (vgl. z. B. Reichel, 2011; Borgetto, 2013b; Trocha et al., 2014). Diese werden zwar im offiziellen Sprachgebrauch im Gesundheitswesen vor allem ärztlicherseits noch als therapiebezogene Befunderhebung begrifflich der ärztlichen Diagnose untergeordnet. Tatsächlich jedoch lässt sich auf der Grundlage der ärztlichen Diagnose und Verordnung in der Regel nicht zielgerichtet therapieren. In Teilen wird diesem Umstand bereits in den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V Rechnung getragen, umfassender noch in den Überlegungen und Gerichtsurteilen zum sogenannten Direktzugang bzw. First-Contact-Practitioner (vgl. Borgetto, 2013a). Die Gerichtsurteile bestätigen grundsätzlich die Auffassung, dass Physiotherapeut_innen – und in Analogie auch Ergotherapeut_innen und Logopäd_innen – nicht grundsätzlich eine ärztliche Verordnung für ihre Tätigkeit benötigen.

Dementsprechend wird in den letzten Jahren zunehmend die Forderung nach einer evidenzbasierten therapeutischen Praxis laut (vgl. z. B. Walkenhorst/Klemme, 2008; Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, 2012; Borgetto, 2013a). Gründe dafür

lassen sich auch aus der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen ableiten: „Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ (§ 135a Abs. 1 SGB V). In den Heilmittelrichtlinien (HeilM-RL) wird zudem darauf verwiesen, dass die Anerkennung des therapeutischen Nutzens und die Empfehlungen zur Sicherung der Qualität sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) richten müssen (§ 4 Abs. 4 HeilM-RL), in der Bezug auf das Konzept der evidenzbasierten Medizin genommen wird:

> „Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin“ (§ 5 VerfO).

Dementsprechend sieht z. B. der Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie in Bayern vor:

> „Der Physiotherapeut verfügt über Kenntnisse aus der evidenzbasierten Medizin, mit deren Hilfe die wissenschaftliche Legitimation der Physiotherapie weiterentwickelt werden kann.“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2013, S. 4)

> „In dem Bewusstsein, dass Wissen nichts Konstantes ist und dass es keinen bleibenden Standard gibt, erkennt er die Notwendigkeit für lebenslanges Lernen. Er ist in der Lage, die Qualität von Fachliteratur zu beurteilen, und orientiert sich in seinen Handlungen an evidenzbasierter Literatur.“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2013, S. 11)

Damit wird allerdings eher der Akademisierungsbedarf der Therapieberufe begründet, als eine realistische Vorgabe für einen berufsfachschulischen Lehrplan gemacht. Die hier beschriebene Kompetenz entspricht dem Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens bzw. der Stufe 1 des Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse: dem Bachelorabschluss (vgl. AK DQR, 2011).

9.2 Strukturen akademischer Ausbildung

Im deutschen Bildungssystem ist ein tief greifender, struktureller Wandel zu verzeichnen, der insbesondere den tertiären Bildungssektor betrifft (vgl. Kälble, 2006a; Borgetto/Kälble 2007; Borgetto/Siegel, 2009). Durch mehrere Strategien wird versucht, immer wieder festgestellte Defizite im Hochschulbereich (lange Studienzeiten, hohe Abbrecherquoten, mangelnde Internationalität der Studiengänge, fehlende internationale Kompatibilität der Studienabschlüsse) zu beheben.

Gleichzeitig ist die Akademikerquote im Vergleich der OECD-Länder relativ niedrig. Im OECD-Durchschnitt ist die Absolventenquote im Zeitraum 2000 bis 2011 von 28 % auf 39 % gestiegen, in Deutschland von 18 % auf 31 % (vgl. Statista, 2014). Dies bedeutet eine leichte Annäherung an den OECD-Durchschnitt. Bildungspolitisch wird – dem EU-2020 Benchmark entsprechend – eine Akademikerquote von 40 % eines jeden Geburtsjahrgangs angestrebt (vgl. BiBB, o. J.).

Eine zentrale Rolle spielt hierbei der sogenannte Bologna-Prozess, der durch die Einführung gestufter Bachelor- und Masterstudiengänge zur Verwirklichung eines homogenen europäischen Hochschulsystems beitragen soll. Mit der Novellierung des Hochschulrahmengesetzes 1998 hat der Gesetzgeber in Deutschland die Umsetzung des Bologna-Prozesses vorangetrieben und ein zweistufiges Studiensystem mit Bachelor- und Masterstudiengängen eingeführt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der sogenannte Kopenhagen-Prozess, der auf eine Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren zielt.

Für Universitäten und Fachhochschulen haben sich auf diesem Wege neue Innovationschancen eröffnet, die auch im Studienfeld Gesundheit zunehmend diskutiert und aufgegriffen wurden und werden.

Die erste Generation von Studiengängen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie wurde in Deutschland in der Übergangsphase der Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen im deutschen Hochschulsystem eingerichtet. Nachdem zunächst auch noch Diplom-Studiengänge den Studienbetrieb aufnahmen (vgl. Kälble, 2006b), existieren heute als Ergebnis des Bologna-Prozesses im Therapiebereich nur noch Bachelor- und Masterstudiengänge.

Laut Beschluss der Kultusministerkonferenz (vgl. KMK, 2010) ist ein Bachelor in der akademischen Ausbildung der erste berufsqualifizierende Bildungsabschluss. In Bachelorstudiengängen werden wissenschaftliche Grundlagen, Methodenkompetenz und berufsfeldbezogene Qualifikationen vermittelt. Konsekutive Masterstudiengänge können direkt im Anschluss an ein Bachelorstudium aufgenommen werden und dienen der Vertiefung und Verbreiterung der Inhalte des Bachelorstudiums, können aber auch – nach Abschaffung der Kategorie der nicht-konsekutiven Studiengänge – fachübergreifend oder fachlich anders ausgerichtet sein. Konsekutive Masterstudiengänge sind von weiterbildenden Masterstudiengängen abzugrenzen. Diese setzen eine mindestens einjährige qualifizierte berufliche Praxis der Studierenden voraus und sollen deren berufliche Erfahrungen berücksichtigen. Masterabschlüsse sind ebenfalls berufsqualifizierende Bildungsabschlüsse. Dies ist die studiengangsbezogene, hochschulrechtliche Perspektive.

Studienabschlüsse können in individuellen Berufsbiografien auch andere Funktionen haben (vgl. z. B. BLK, 2003a; WR, 2013). So werden konsekutive Masterstudiengänge oft nicht direkt nach einem Bachelorabschluss, sondern nach einer Phase der Berufstätigkeit absolviert, sodass sie individuell eher den Charakter eines weiterbildenden Masterstudiengangs haben. Ebenso können Bachelorstudiengänge berufsbiografisch ein zweiter berufsqualifizierender bzw. ein weiterbildender Abschluss sein.

9.3 Studiengangsformate

In Deutschland haben sich sehr unterschiedliche Studiengangsformate im Bereich der Therapiestudiengänge entwickelt. Von unterschiedlicher Seite wurde versucht, diese zu charakterisieren und zu klassifizieren, um eine bessere Übersicht über die Studiengangslandschaft und ein tieferes Verständnis der Studiengangslogiken zu erhalten. Es existieren Eigenklassifizierungen der anbietenden Hochschulen und Fremdklassifizierungen durch politische Institutionen, Berufs- und Hochschulverbände, einzelne wissenschaftliche Akteure und Beobachter sowie ein aktueller Systematisierungsvorschlag des Wissenschaftsrats (vgl. Holtkamp, 1996; WR, 1996; Konegen-Grenier/Werner, 2001; BLK, 2003a; Räbiger/Hoßfeld, 2010; Friedrichs/Schaub, 2011; WR, 2013; ZVK, o. J.a; ZVK, o. J.b). Diese sind, wie zu erwarten, nur teilweise kompatibel, da die begriffliche Fassung von Studiengangsformaten jeweils bestimmten Zwecken und Interessen dient. Eine schlüssige und konsensfähige Systematisierung wurde bislang noch nicht vorgeschlagen bzw. hat sich bislang nicht durchgesetzt.

Um begriffliche Klarheit zu schaffen und eine zeitgemäße, für den tertiären Bildungssektor funktionale, Gestaltung dualer Studiengänge zu unterstützen, hat der Wissenschaftsrat im Jahr 2013 einen Vorschlag zur Systematisierung unterschiedlicher praxisnaher Studiengangsformate vorgelegt (vgl. WR, 2013). Das Positionspapier des Wissenschaftsrats bezieht sich ausdrücklich auch auf die wachsende Zahl von Studiengängen im Bereich der Gesundheitsfachberufe und sollte daher geeignet sein, die Therapiestudiengänge zu charakterisieren und zu klassifizieren.

Der Systematisierungsvorschlag des Wissenschaftsrats umfasst sowohl duale und auch nichtduale Studiengangsformate als auch Bachelor- und Masterstudiengänge. Leitende Kriterien bzw. Differenzierungen der Systematisierung sind die Beziehungen zwischen den Lernorten, die Bedeutung der Berufsausbildung bzw. Berufstätigkeit sowie der Praxisanteile im Studium und die Funktion des Studiums als Erstausbildung oder Weiterbildung.

Aus der Kombination der Kriterien ergeben sich unterschiedliche Studiengangsformate und eine Teilmenge von Studiengängen, die aus Sicht des Wissenschaftsrats als duale Studiengänge bezeichnet werden können bzw. sollten. Die Kriterien werden im Weiteren kurz dargestellt, kommentiert und mit den Modellbeschreibungen des Hochschulverbunds Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V. (vgl. Räbiger/Hoßfeld, 2010) und des Deutschen Verbands für Physiotherapie (ZVK) e. V. (o. J.a) verglichen. Ziel der Analyse ist es, Klarheit über die Eignung des vom Wissenschaftsrat vorgelegten Systematisierungsversuchs für die Therapiestudiengänge und einen Einblick in die Komplexität und Vielfalt der Therapiestudiengänge zu erlangen.

9.3.1 Ausbildungsbegleitende Studiengänge

Ausbildungsbegleitende Studiengänge sind gemäß Wissenschaftsrat Vollzeitstudiengänge im Sinne einer Erstausbildung[3], neben denen parallel eine duale Berufsausbildung absolviert wird. Es existieren keine institutionell-strukturellen oder inhaltlichen Verzahnungselemente zwischen Studium und Berufsausbildung. Zudem werden keine Kooperationsverträge zwischen den Ausbildungsträgern und den Hochschulen vorausgesetzt, mitunter ist der Ausbildungsträger nicht einmal über das Studium der Auszubildenden informiert. Der volle Umfang an zu erbringenden Leistungspunkten wird an der Hochschule erworben, es gibt keine Anrechnung von Teilen der Ausbildung als Studienleistungen.

Diese Charakterisierung ist von der Sache her auf die Therapiestudiengänge anwendbar, allerdings mit der Präzisierung, dass die Therapeut_innen außerhalb des dualen Berufsausbildungssystems an Berufsfachschulen ausgebildet werden. Ausbildungsbegleitende Studienformate werden bei den Modellbeschreibungen des HVG und des ZVK nicht erwähnt – es ist auch davon auszugehen, dass derzeit kein Therapiestudiengang existiert, der dieser Charakterisierung entspricht. Dies festzustellen ist insofern von Bedeutung, als es charakteristisch ist für eine Studienlandschaft, in der in den meisten Fällen keine dem Bachelorniveau üblicherweise angemessene Sozialisation als Vollakademiker angestrebt wird, sondern Anrechnungsmodelle angewendet werden, die viele Bachelorstudiengänge für Therapeut_innen eher als verkürzte grundständige Studiengänge erscheinen lassen (vgl. Kälble, 2013). Angesichts der im Vergleich zu internationalen Therapiestudiengängen hohen Praxisanteile, die laut Gesetz in den primärqualifizierenden Studiengängen

3 Erstausbildung und Weiterbildung werden vom WR danach unterschieden, welche berufsbiografische Funktion die entsprechenden Studiengänge haben, nicht welche hochschulrechtliche Konzeption einem Studiengang zugrunde liegt (vgl. WR, 2013; BLK 2003a).

integriert werden müssen, ist allerdings auch zu fragen, ob eine angemessene akademische Sozialisation in diesen Studiengängen gelingen kann.

9.3.2 Ausbildungsintegrierende Bachelorstudiengänge

In ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengängen – ebenfalls im Sinne einer Erstausbildung – ist gemäß Wissenschaftsrat eine Berufsausbildung systematisch im Studiengang angelegt. Das Studium und die Ausbildung sind strukturell-institutionell verzahnt (organisatorisch, durch Kontakt von Hochschule/Berufsakademie, Praxispartner und ggf. auch Berufs- oder Fachschulen). Teile der Ausbildung werden als Studienleistungen von der Hochschule angerechnet.

Auch die Charakterisierung von ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengängen ist auf die Studiengänge für Therapeut_innen anwendbar. Sie findet sich auch in den Modellbeschreibungen der therapeutischen Verbände wieder. Der HVG weist explizit darauf hin, dass die berufsfachschulische und die hochschulische Ausbildung zu Beginn der Ausbildung parallel laufen, der ZVK weist analog auf zwei Studienphasen hin, von denen die zweite aus mindestens einem Studiensemester an einer Hochschule besteht. Diese Hinweise machen deutlich, dass nicht die ganze Ausbildung und das ganze Studium zeitgleich absolviert werden (können). Vielmehr liegt zu Beginn des zweigleisigen Studiums der Schwerpunkt häufig auf der fachschulischen Ausbildung und nur Teile des Ausbildungsunterrichts werden von Fachschule und Hochschule gemeinsam verantwortet oder die Hochschule bietet während der Ausbildung Zusatzlehre an. Am Ende der Studienzeit liegt der Schwerpunkt dagegen auf der Hochschule bzw. findet das Studium ausschließlich am Lernort Hochschule statt. Dies dürfte auch der Grund sein, warum die Protagonisten der primärqualifizierenden Studiengänge gemäß Modellklausel auch ausbildungsintegrierende Studiengänge als weiterbildend ansehen (vgl. Friedrichs/Schaub, 2011).

9.3.3 Berufsbegleitende Studiengänge

Bei berufsbegleitenden (und im Sinne der individuellen Berufsbiografie) weiterbildenden Bachelor- oder Masterstudiengängen handelt es sich dem Wissenschaftsrat gemäß um Voll- oder Teilzeitstudiengänge, die parallel zu einer Berufstätigkeit mit oder ohne fachliche Nähe zum Studiengang absolviert werden. Institutionell-strukturelle oder inhaltliche Verzahnungselemente zwischen Studium und Berufstätigkeit existieren nicht. Der volle Umfang an zu erbringenden Leistungspunkten wird an der Hochschule erworben.

Die Charakterisierung von berufsbegleitenden Studiengängen ist zwar auf Studiengänge für Therapeut_innen anwendbar, allerdings nicht (durchgängig) so, dass sich – wie vom Wissenschaftsrat offenbar intendiert – sich gegenseitig ausschließende Kategorien zur Klassifizierung ergeben. Die meisten Studiengänge für Therapeut_innen sind derzeit noch ausbildungsintegrierend, d. h., die Berufsanerkennung wird sechs bis achtzehn Monate vor dem Bachelorabschluss erworben – die Einhaltung der Regelstudienzeit vorausgesetzt. Viele Studierende dürften daher zumindest zeitweise parallel zu dem vorwiegend/ausschließlich hochschulischen Teil eines ausbildungsintegrierenden Studiums bereits *in ihrem Beruf* tätig sein. Hier vermischen sich innerhalb eines Studiengangs bzw. Studiums die Charakteristika ausbildungsintegriert und berufsbegleitend bzw. Erstausbildung und Weiterbildung, insbesondere in Bachelorstudiengängen, die, wie an der HAWK Hildesheim, explizit Zeitfenster in der Lehrplanung für die Berufstätigkeit vorsehen – ein Paradoxon, das so vermutlich nur bei der akademischen Ausbildung der Therapieberufe auftritt.

Der HVG verwendet den Begriff berufsbegleitend zwar, ohne aber damit ein Studiengangsmodell zu bezeichnen und ohne ihn näher zu definieren. Aus dem Zusammenhang lässt sich entnehmen, dass damit allein eine auf Berufstätigkeit abgestimmte Organisation der Lehre gemeint ist, z. B. die Möglichkeit in Teilzeit zu studieren.

Der ZVK verwendet diese Charakterisierung hingegen als Bezeichnung für Bachelorstudiengänge, die offen sind für Physiotherapeut_innen, die bereits ihre Ausbildung abgeschlossen haben, und deren Ausbildung, in der Regel nach einer Einstufungsprüfung, anerkennen, sodass allein die zweite Studienphase absolviert werden muss, um den Bachelorabschluss zu erlangen. Hier wird eine weitere Eigenheit der Therapiestudiengänge deutlich, denn eigentlich setzt der Wissenschaftsrat voraus, dass der volle Umfang der zu erbringenden Leistungspunkte an der Hochschule erworben wird und keine Anerkennung von Leistungen stattfindet. Dies ist aber eher die Regel als die Ausnahme. Zudem wird häufig die Hälfte des Studiums angerechnet, da viele Hochschulen den ersten Studienabschnitt gar nicht anbieten.

Dennoch scheint es einige wenige Therapiestudiengänge zu geben, auf die diese Charakterisierung zutrifft, d. h. in denen nach abgeschlossener Therapieausbildung und ohne Anrechnung von Leistungspunkten ein Bachelortherapiestudium erfolgt. Häufiger ist es jedoch der Fall, dass die Studiengänge zwar gesundheitsbezogen ausgerichtet sind, aber ohne Bezug auf Therapiewissenschaften erfolgen – z. B. mit Schwerpunkt auf Managementkompetenzen, Gesundheitswissenschaften oder berufspädagogische Kompetenzen. Studiengänge dieser Art werden vom HVG als berufsaufbauende (additive) Studiengänge bezeichnet (so auch Borgetto, 2013a).

Für Masterstudiengänge mit spezifischem Therapie- oder allgemeinem Gesundheitsbezug ist diese Charakterisierung in der Regel zutreffend, unabhängig davon, ob sie konsekutiv oder weiterbildend angelegt sind.

9.3.4 Berufsintegrierende Studiengänge

Bei berufsintegrierenden (und aus der Sicht der Studierenden weiterbildenden) Bachelor- oder Masterstudiengängen handelt es sich dem Wissenschaftsrat gemäß um Voll- oder Teilzeitstudiengänge. Diese sind mit einer fachlich verwandten Berufstätigkeit verbunden und weisen einen gestalteten Bezugsrahmen bzw. inhaltliche Verzahnungselemente von Studium und Beruf auf. Der Arbeitgeber ist über die Studienaufnahme informiert und tauscht sich über die Inhalte regelmäßig mit der oder dem Studierenden aus.

Diese Charakterisierung von berufsintegrierenden Studiengängen ist für die Therapieberufe anwendbar, es dürften jedoch, wenn überhaupt, nur wenige Studiengänge existieren, die diese Kriterien aufweisen. Wenn, dann wäre dies am ehesten bei Masterstudiengängen denkbar. Möglich wäre diese Variante – zumindest in Teilen – allerdings auch im Falle ausbildungsintegrierender Studiengänge in der Erstausbildung, bei denen nach Erlangen der Berufsanerkennung das weiterlaufende Bachelorstudium in Kooperation mit Arbeitgebern gestaltet wird. Bislang liegen zu derartigen Studiengängen aber keine Erkenntnisse vor; die Begrifflichkeit wird im Zusammenhang mit Therapiestudiengängen bislang auch nicht verwendet. Auch diese Tatsache verweist auf eine nicht wahrgenommene Möglichkeit, die die Qualität von therapeutischen Studiengängen deutlich steigern könnte.

9.3.5 Praxisbegleitende Studiengänge

Praxisbegleitende Bachelor- und Masterstudiengänge zeichnen sich dem Wissenschaftsrat gemäß in der Erstausbildung und in der Weiterbildung durch einen großen Umfang an Praxisanteilen aus. Die Praxisanteile des Studiums, die an einem nicht-hochschulischen Lernort bei einem Praxispartner absolviert werden, sind weder institutionell-strukturell noch inhaltlich mit dem Studium verzahnt. Die Praxisanteile werden nicht als Studienleistungen angerechnet.

Diese Charakterisierung von praxisbegleitenden Studiengängen ist für Masterstudiengänge im Therapiebereich grundsätzlich anwendbar, allerdings ist es derzeit eher die Ausnahme, dass Masterstudiengänge für Therapeut_innen einen großen Umfang an Praxisanteilen aufweisen. Für ausbildungsintegrierende Bachelorstudiengänge wiederum ist diese Charakterisierung nicht

differenziert genug. Ausbildungsintegrierende Studiengänge basieren in der Regel nicht nur auf der unmittelbaren Kooperation einer Hochschule mit mehreren Berufsfachschulen, sondern mittelbar auch auf der Kooperation der Berufsfachschulen mit wiederum mehreren Praxispartnern, zumeist Krankenhäuser oder Universitätskliniken. Mit diesen Praxispartnern stehen die Hochschulen zwar meist nicht in direktem Kontakt, dennoch ist eine Abstimmung inhaltlich und organisatorisch über die Berufsfachschulen als Bindeglied möglich (und sinnvoll). Je nachdem, wie diese Konstellation bewertet wird, könnten ausbildungsintegrierende Studiengänge gleichzeitig praxisbegleitend sein. Zudem werden, je nach Konzeption des Studiums als Ganzes durch die Hochschule, nicht integrierte Praxisanteile implizit auf das Studium als Studienleistungen angerechnet.

9.3.6 Praxisintegrierende Studiengänge

In praxisintegrierenden Studiengängen sind die Praxisanteile systematisch und in gegenüber regulären Studiengängen größerem Umfang mit obligatorischen Praktika im Studium angelegt und mindestens strukturell-institutionell mit dem Studium verzahnt (organisatorisch, durch Kontakt von Hochschule und Praxispartner). Praxisanteile werden als Studienleistungen angerechnet.

Diese Charakterisierung trifft genau das, was der HVG und der ZVK als primär- bzw. berufsqualifizierende Studiengänge bezeichnen. In diesen, durch Einführung einer entsprechenden Modellklausel in die Berufsgesetze im September 2009 ermöglichten, Studiengängen werden die gesamten berufspraktisch-therapeutischen Inhalte im Rahmen des Hochschulstudiums vermittelt und das Staatsexamen ist in das Studium eingeschlossen. Die Absolvent_innen erhalten einen doppelten Abschluss: einerseits den Bachelor als akademischen Titel und andererseits das Staatsexamen, das zum Tragen der Berufsbezeichnung berechtigt. Die bestehenden ausbildungsintegrierenden Studiengänge werden teilweise durch die primär- bzw. berufsqualifizierenden Studiengänge abgelöst, teilweise werden beide Studiengangsformen von einer Hochschule parallel angeboten.

9.3.7 Duale Studiengänge

Für die Qualitätssicherung praxisnaher Studiengänge am wichtigsten dürfte der Vorschlag des Wissenschaftsrats für die Präzisierung einer Teilmenge praxisnaher Studiengänge sein: duale Studiengänge. Als solche sollten nach Ansicht des Wissenschaftsrats nur noch integrierende Studiengänge bezeichnet werden, die bestimmten Kriterien genügen.

Inhaltliche Bestimmung des Begriffs „duales Studium"

Die konstituierenden Wesensmerkmale eines dualen Studiums allgemein sind laut Wissenschaftsrat die *Dualität* im Sinne einer *Verbindung und Abstimmung* von (zumindest) zwei Lernorten und die Verfasstheit als wissenschaftliches bzw. wissenschaftsbezogenes *Studium*.

Qualitätskriterien für duale Studiengänge

Der Wissenschaftsrat benennt Mindestanforderungen an drei Qualitätskriterien dualer Studiengänge:

- die Beziehung der Lernorte,
- der wissenschaftliche Anspruch und
- die Gestaltung des Praxisbezugs.

Die *Beziehung der Lernorte* wird gestaltet durch eine strukturelle inhaltliche, zeitliche und institutionelle Verzahnung, z. B. durch gemeinsame Gremien, regelmäßige Kooperationsprojekte, gegenseitige Besuche etc., im Rahmen vertraglich geregelter Kooperationsbeziehungen. Zentral sind das Maß der Abstimmung von Curriculum, Lerninhalten, Lernzielen und Modulen, die Eingliederung der praktischen Anteile in das Curriculum und ihre Anrechnung im ECTS-System sowie die zeitlich-organisatorische Vereinbarkeit. So soll zudem die schnelle Identifikation und Beseitigung organisatorischer Probleme und Inkongruenzen der Lehrinhalte ermöglicht werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher mit Nachdruck die Einrichtung von Gremien mit Vertretern der jeweiligen Lernorte, die den unmittelbaren inhaltlichen Austausch und die Integration der jeweiligen Perspektiven der Beteiligten ermöglichen.

Zudem formuliert der Wissenschaftsrat einen besonderen Anspruch an die Betreuung Studierender in dualen Studiengängen. Er empfiehlt lernortübergreifende Konzepte, die einen regelmäßigen Austausch der Verantwortlichen auf akademischer und praktischer Seite einschließen. Als Beispiel hierfür führt der Wissenschaftsrat die Betreuung von Praxisprojekten durch die Hochschule und die Ergebnispräsentation in der Hochschule durch die Studierenden und die Beteiligten und Betreuenden der weiteren Lernorte an, wodurch tiefere Einblicke in Studieninhalte und den Studienalltag am jeweils anderen Lernort ermöglicht werden und die Lehrqualität für den besonderen Anspruch dualer Studiengänge erhöht werden kann.

Laut Wissenschaftsrat kann der *wissenschaftliche Anspruch* an dem Umfang der akademischen Ausbildungsanteile, den wissenschaftlichen Anforderungen des Studienangebots und deren Übereinstimmung mit denen der entsprechenden regulären Studiengänge bemessen werden. Von

Bedeutung sind zudem die zu erbringenden Prüfungsleistungen, der Bezug zur Forschung sowie die Qualifikation und Zusammensetzung des Lehrpersonals.

Bei der *Gestaltung des Praxisbezugs* spielen die Intensität des Lernprozesses, das Niveau der Inhalte sowie Umfang und Dauer der praktischen Ausbildung bei den Praxispartnern eine wichtige Rolle. Die Anrechnung der am praktischen Lernort erworbenen Studienleistungen sollte in einer Beziehung zur wissenschaftlichen Begleitung des Praxislernens stehen. Als weitere Aspekte kommen die Betreuungsinfrastruktur auf der Praxisseite und die Möglichkeit, einen gesonderten Berufsabschluss zu erwerben, infrage.

Die Definitionen und Qualitätskriterien bieten eine gute Voraussetzung für Studiengänge im Bereich Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, das eigene Bildungsangebot zu reflektieren, Stärken und Schwächen herauszuarbeiten sowie Qualitätssicherungs- und Entwicklungsperspektiven zu erarbeiten. Dies an einem Fallbeispiel zu zeigen, ist im Rahmen dieses Beitrags nicht möglich, soll aber an anderer Stelle erfolgen. Eine der größten Herausforderungen dabei dürfte die Gestaltung des Praxisbezugs durch die Hochschule bei den Praxispartnern der kooperierenden Berufsfachschulen sein.

9.3.8 Fazit

Eine Klassifizierung von Studienformaten, wie die vom Wissenschaftsrat vorgeschlagene, zielt auf eine überschneidungsfreie Zuordnung von Studienangeboten anhand eindeutiger Charakteristika. Dies ist bei den Therapiestudiengängen mit dem Systematisierungsvorschlag des Wissenschaftsrats nicht möglich. Therapiestudiengänge sind dafür zu komplex.

Die Komplexität besteht darin, dass

- die Ausbildung häufig an drei Lernorttypen stattfindet (Hochschulen, Fachschulen und Praxispartner), wobei in der Regel eine Hochschule mit mehreren Fachschulen und eine Fachschule mit mehreren Praxispartnern (meistens mehrere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) kooperiert;
- die Hochschulen und die Praxispartner häufig nur in einer mittelbaren Beziehung (vermittelt über die Fachschulen) zueinander stehen und damit ein Einfluss auf die Praxisanteile des Studiums nur bedingt bzw. mit großem Aufwand möglich ist;
- berufsfachschulische und hochschulische Ausbildungsanteile sich zeitlich nur teilweise überschneiden;

- die berufsfachschulische Ausbildung mit der Berufsanerkennung und der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung bis zu eineinhalb Jahre vor Abschluss des Bachelorstudiums (bei Einhaltung der Regelstudienzeit) beendet sein kann und damit der Hauptteil des Studiums durch ausgebildete Therapeut_innen absolviert wird.

Zudem existieren Studiengänge, die vom ZVK als berufsbegleitend und in der Literatur als additive (vgl. z.B. Kälble, 2013) oder sukzessierende Studiengänge (vgl. z.B. Borgetto, 2013a) charakterisiert werden. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie zeitlich an die Berufsausbildung anschließen und Teile der Fachschulausbildung pauschal oder auf der Basis von Gleichwertigkeitsprüfungen (z.B. Einstufungsprüfungen) im Umfang von 30 bis z. T. 50 Prozent auf der Basis entsprechender Beschlüsse der Kultusministerkonferenz auf das Studium angerechnet werden. Sie sind zwar in gewissem Sinne berufsbegleitend, jedoch nicht im Sinne des Wissenschaftsrats, denn es findet eine (umfangreiche) Anrechnung von Ausbildungsinhalten als Studienleistungen statt.

Angesichts der so – noch immer nur unvollständig umrissenen – Komplexität und Vielfalt therapeutischer Studiengänge wäre eine für diesen Bereich eigenständige, widerspruchsfreie und umfassende Klassifikation noch auszuarbeiten. Dennoch sind die vom Wissenschaftsrat formulierten Kriterien dabei hilfreich, Studiengänge zu beschreiben bzw. deren Eigenheiten deutlicher zu machen.

9.4 Verbreitung von Studienangeboten

Die aktuelle Zahl der Studienangebote für therapeutische Gesundheitsberufe ist schwer abschätzbar. Klar scheint zu sein, dass ihre Zahl beständig zunimmt. Nachdem in Hildesheim an der HAWK 2001 der erste Bachelorstudiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie den Studienbetrieb aufgenommen hatte, ist eine Vielzahl von weiteren Studienangeboten entstanden. Die folgenden Angaben erfolgen nach den jeweiligen Aufstellungen der Autor_innen bzw. Institutionen; Unschärfen durch unterschiedliche Definitionen, Erhebungen und Zählweisen können nicht immer benannt werden, sind aber wahrscheinlich. Eine eigene aktuelle Erhebung wurde nicht durchgeführt. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Angaben die zahlenmäßige Entwicklung grob widerspiegeln.

2005 wurden bereits 23 Studiengänge an insgesamt 13 Hochschulen gezählt (eine genaue Aufstellung findet sich bei Kälble, 2006b): zehn Physiotherapie-Studiengänge, vier Ergotherapie-

Studiengänge und fünf Logopädie-Studiengänge, davon 17 Bachelorstudiengänge, fünf Diplomstudiengänge und ein Masterstudiengang.

2011 erfasste der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. 37 Bachelorstudiengänge (fünf weitere basieren auf Kooperationsmodellen mit ausländischen Hochschulen) und zehn Masterstudiengänge, von denen allerdings vier aufgrund der Studiengangsbezeichnung keinen expliziten therapiewissenschaftlichen Bezug erwarten lassen (vgl. HVG, 2011).

Nur drei Jahre später legte der ZVK die Ergebnisse einer eigenen Befragung von Hochschulen vor und kam allein für die Physiotherapie auf 40 Bachelorstudiengänge, 16 Masterstudiengänge (zuzüglich drei Bachelor- und zwei Masterstudiengängen ausländischer Hochschulen in Kooperation mit Berufsfachschulen in Deutschland) sowie 14 Studiengänge mit berufspädagogischer Ausrichtung (vgl. ZVK, 2014).

Diese Zahlen belegen – vorbehaltlich einer genaueren Prüfung der Grundlagen der Definition und Erfassung der Studiengänge – ein anhaltend starkes Wachstum im Bereich der Therapiestudiengänge.

9.5 Aktuelle Entwicklungen

Über die stetige Zunahme der Zahl der Studiengänge und der Vielfalt von Studienformaten hinaus sind weitere Entwicklungen zu verzeichnen, die auf eine zunehmende Konsolidierung der bereits erreichten Akademisierungserfolge abzielen: die Gründung eines Fachbereichstags Therapiewissenschaften, die Entwicklung eines therapiespezifischen interdisziplinären Fachqualifikationsrahmens und die Einrichtung eines bildungswissenschaftlichen Studiengangs in fachhochschulisch-universitärer Kooperation.

9.5.1 Fachbereichstag Therapiewissenschaften

Im Jahr 2013 wurde auf Initiative und im organisatorischen Rahmen des Hochschulverbunds Gesundheitsfachberufe (HVG) der Fachbereichstag Therapiewissenschaften gegründet (vgl. HRK, 2014).

Dies ist in zweierlei Hinsicht bemerkenswert. Erstens: Der Begriff Therapiewissenschaften wird damit zu einem immer etablierteren Begriff für die Bezeichnung der spezifischen wissenschaftlichen Grundlagen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Damit dürften zwar die Ambivalenzen, die mit dieser Begriffsverwendung einhergehen, nicht beseitigt sein, aber wissenschafts- und bildungspolitisch ist damit ein wichtiger Schritt getan, um den Begriff Therapie-

wissenschaften als exklusive Bezeichnung für die wissenschaftlichen Grundlagen und Spezifika der therapeutischen Gesundheitsberufe zu „reservieren".

Zweitens: Mit der Gründung des Fachbereichstags Therapiewissenschaften ordnen sich die dazugehörigen Studiengänge in die Strukturen des etablierten Wissenschaftsbetriebs als eigenständige Disziplin ein und können sich so an den Diskussions- und Entscheidungsprozessen auf institutionellem Weg beteiligen. Welche Einflüsse dabei geltend gemacht und welche Ziele verfolgt und erreicht werden können, wird abzuwarten sein.

9.5.2 Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen

Der HVG hat 2013 die erste Fassung eines Fachqualifikationsrahmens für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (FQR-ThGFB) auf den Niveaustufen 6 (Bachelor), 7 (Master) und 8 (Promotion) vorgelegt (AG FQR, 2013). Der FQR-ThGFB soll es ermöglichen, typischerweise erwartbare Qualifikationen auf Hochschulniveau systematisch und kompetenzorientiert zu beschreiben. Er lehnt sich an die Kompetenzmatrix des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) an und orientiert sich an dem Ablauf eines therapeutischen Prozesses. Damit hat die 2009 begonnene Arbeit der AG FQR (Fachqualifikationsrahmen) der Fachkommission Studium und Lehre des HVG ein erstes, wichtiges Ergebnis vorgelegt. Der HVG lädt explizit dazu ein, sich an weiteren Diskussionen über die Ausgestaltung und die Einsatzmöglichkeiten des FQR-ThGFB zu beteiligen. Die weitere Entwicklung des FQR soll auf der Homepage des HVG transparent gemacht werden, eine weiterführende Veröffentlichung wurde bereits angekündigt.

Der FQR-ThGFB soll dem Ziel dienen, den Hochschulen eine Empfehlung für Qualifizierungs- bzw. Bildungsstandards und deren Sicherung zu geben. Darüber hinaus soll er perspektivisch folgende Funktionen erfüllen (AG FQR, 2013, S. 2):

- „Förderung einer fachbezogenen, lernzielorientierten Diskussion
- Unterstützung bei der curricularen Gestaltung von Studiengängen
- Orientierung für Modulbeschreibungen
- Empfehlungen für Akkreditierungsagenturen
- Unterstützung bei Anrechnungsverfahren (Durchlässigkeit)
- Hochschulübergreifende Harmonisierung und Qualitätssicherung durch die Formulierung von Standards für Studiengänge

- Unterstützung bei der Personalauswahl und Weiterbildungsentscheidungen
- Internationale Transparenz und Mobilitätsförderung“

Ob und in welchem Umfang der FQR-ThGFB dieses Ziel erreichen bzw. diese Funktionen erfüllen kann, wird maßgeblich von dessen Verbreitung und Akzeptanz in den Hochschulen abhängen. Ein wichtiger Schritt zu einer Vereinheitlichung und Transparenz der in Therapiestudiengängen erworbenen Kompetenzen ist mit dieser ersten Fassung jedenfalls getan. Dies wäre nicht nur aus den von der AG FQR selbst genannten Gründen von großer Bedeutung. Wichtiger erscheint noch, dass potenzielle Arbeitgeber in der Gesundheitsversorgung und nicht zuletzt die Patient_innen und deren Organisationen eine verlässliche Grundlage für die Einschätzung der Kompetenzen der Therapeut_innen erhalten, die sie einstellen bzw. von denen Patient_innen behandelt werden (sollen).

9.5.3 Fach-/berufsdidaktische Hochschulausbildung für Lehrende an Fachschulen

Noch immer fehlt in Deutschland eine inhaltlich systematische und ordnungspolitisch geregelte Rahmenordnung oder Richtlinie zur Qualifikation der Lehrenden in den Gesundheitsfachberufen. Dementsprechend ist die Situation sehr heterogen und unübersichtlich (vgl. Weyland/Klemme, 2013). So wird manchmal eine pädagogische Qualifikation gefordert, vielfach unterrichten aber auch Berufsangehörige an Berufsfachschulen ohne den Nachweis jeglicher bildungswissenschaftlicher Qualifikationen. Dementsprechend kann nicht davon ausgegangen werden, dass die fachliche Qualität der Lehre in der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe gesichert ist.

Auf Initiative des Landes Niedersachsen hin ist nun ein erster in Kooperation mit einer Universität angebotener bildungswissenschaftlicher Studiengang entstanden. Leitend für den Bachelorstudiengang Bildungswissenschaften in den Gesundheitsfachberufen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (BiG) der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim ist das Konzept einer pädagogischen Basisqualifizierung für den Bereich der berufsfachschulischen Ausbildung (vgl. HAWK, 2014). Im Zentrum steht der Erwerb von Kompetenzen in den Bereichen Bildungswissenschaften und Fachwissenschaften mit Blick auf die Ausgestaltung und Anleitung von Lernsituationen für die berufliche Praxis. Die an der HAWK vermittelten fachwissenschaftlichen und berufsfachspezifischen Kompetenzen werden durch bildungswissenschaftliche Module der Universität Hildesheim ergänzt.

Damit ist ein Modell geschaffen, das – vorausgesetzt es bewährt sich auch in der Umsetzung – leitend für die akademische Basisqualifizierung des Lehrpersonals an den Berufsfachschulen und für eine entsprechende flächendeckende gesetzliche Verpflichtung sein könnte. Langfristig ist jedoch die Qualifizierung des Lehrpersonals auf Masterniveau erforderlich, da es kaum einzusehen ist, dass ausgerechnet Auszubildende in Berufen, in denen sie später mitverantwortlich für die Heilung und Förderung der Teilhabe von Patient_innen sind und teilweise bei qualitativ schlechter Therapie ein erhebliches Risikopotenzial für die Patient_innen darstellen, durch bildungswissenschaftlich und fachwissenschaftlich defizitär qualifiziertes Lehrpersonal unterrichtet werden sollen.

9.6 Ausblick

Der sich immer mehr verstärkende Akademisierungsprozess der Therapieberufe läuft in Deutschland noch immer weitgehend ungeordnet ab und lässt dementsprechend – wenngleich sich die Voraussetzungen hierfür insbesondere durch die Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens und der Gründung des Fachbereichstags Therapiewissenschaften deutlich verbessert haben – einheitliche Konturen und Qualitätsansprüche oder gar gemeinsame Ziele weitgehend vermissen.

Insbesondere kann z. B. durchaus kontrovers diskutiert werden, ob und inwieweit sich die bislang etablierten Studienprogramme an Standards einer soliden wissenschaftlichen Hochschulqualifikation orientieren und damit zu einer weitergehenden Professionalisierung des Berufsfelds beitragen. Vor allem bezogen auf die derzeit praktizierten Anrechnungsmodelle ist zu Recht zu befürchten, dass eine durch Anrechnung beruflicher Kompetenzen unter Ausschöpfung der vorgegebenen Spielräume verkürzte Studienzeit nicht zu einer angemessenen hochschulischen Sozialisation bzw. zu einer vollwertigen akademischen und am Kriterium der Wissenschaftlichkeit orientierten Qualifikation führt (vgl. Kälble, 2008). Erfahrungen des Autors in der Lehre wie in einer Vielzahl von Akkreditierungsverfahren legen eher nahe, dass eine vollwertige akademische Sozialisation der Therapie-Studierenden durch ausbildungsintegrierende bzw. sukzessierende Bachelorstudiengänge nach wie vor nicht vollumfänglich erreicht werden kann und erst nach Abschluss eines konsekutiven Masterstudiengangs gesichert scheint.

Nicht zu Unrecht hat die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzesentwurf des Bundesrats zur Einführung der Modellklauseln auch die bislang unbeantwortet gebliebene Frage aufgeworfen, ob die Erprobung auf eine dauerhafte parallele Etablierung von akademischen und nicht-akademischen Ausbildungen oder aber perspektivisch auf eine vollständige Aka-

demisierung der außerhochschulischen Ausbildungen abzielt (vgl. DBT, 2008). Als konsensfähig zeichnet sich zunehmend eine auf die Zahl der Therapeut_innen bezogene Teilakademisierung ab – dennoch muss hier politisch dringend Klarheit für eine mittelfristige Perspektive geschaffen und ein Mindeststandard für die hochschulische Ausbildung der Therapeut_innen etabliert werden.

Da einerseits die Therapieberufe für Schulabsolvent_innen mit mittleren Bildungsabschlüssen offen gehalten werden sollen, andererseits die Notwendigkeit zu einer Anhebung des Qualifikationsniveaus gesehen wird (vgl. Matzick, 2008), ist zu erwarten, dass sich zumindest mittelfristig ein gestuftes Ausbildungs- und Aufgabensystem für die Therapieberufe entwickelt (vgl. Borgetto/Siegel, 2009), wenn auch perspektivisch mit verbesserten Möglichkeiten eines Übergangs von der Berufs- in die Hochschulausbildung:

1) Die berufsfachschulische Ausbildung für die Therapieberufe bleibt voraussichtlich bestehen, allerdings in ihrem Umfang und in ihrer Bedeutung reduziert. Den Ausschlag wird wohl geben, dass die Anhebung der Ausbildung insgesamt auf Hochschulniveau politisch ambivalent ist, zumindest soll ein Ausbildungsweg für Schüler_innen mit mittleren Bildungsabschlüssen offen gehalten werden. Zudem stehen einer flächendeckenden Akademisierung starke Vorbehalte insbesondere der Ärzteschaft entgegen. Berufsfachschulabsolvent_innen werden weiterhin in Abhängigkeit von Diagnosen und Verordnungen arbeiten, denkbar ist aber auch, dass die Tätigkeiten im Zuge der Ausdifferenzierung von Aufgabenbereichen noch stärker assistierenden bzw. helfenden Charakter bekommen. Dabei kann es auch zu Änderungen der Berufsbezeichnungen und der Ausbildungsinhalte und -dauer kommen.
2) Es wird wohl auf längere Sicht ausbildungsintegrierende/sukzzessierende Studiengänge geben, um die politisch gewünschte Durchlässigkeit zwischen den Bildungssektoren zu gewährleisten, insbesondere zwischen dem berufsfachschulischen und dem hochschulischen Sektor. Hier werden sicherlich weiterhin Fachhochschulen mit Berufsfachschulen kooperieren; Universitäten und insbesondere medizinische Fakultäten beginnen in letzter Zeit auch, sich hier zunehmend zu engagieren. Zugleich werden wohl auch einige private Träger von Berufsfachschulen die Neugründung bzw. den Umbau ihrer Fachschulen als private Fachhochschulen anstreben bzw. weiter vorantreiben.

3) Mittelfristig wird es parallel dazu reguläre grundständige (primärqualifizierende) Bachelorstudiengänge geben, die das Erreichen des akademischen Ausbildungsziels in kürzerer Dauer ermöglichen. Nachdem die ersten grundständigen Modellstudiengänge bereits Studierende aufgenommen haben, wird es auf die Ergebnisse der Evaluationen der Modellstudiengänge und auf den politischen Willen ankommen, ob und wie schnell sich reguläre grundständige Bachelorstudiengänge entwickeln.

4) Absolvent_innen von Bachelorstudiengängen könnten zukünftig Tätigkeiten in der Form übernehmen, wie sie heute Berufsfachschulabsolvent_innen ausüben, d. h. die selbstständige, aber auf Verordnung basierende Therapie, deren Qualität und Selbstständigkeit innerhalb dieser Grenzen sicher weiter zunehmen wird. Dabei wird die Befundung bzw. fachspezifische Diagnose, Behandlungsplanung und evidenzbasierte Praxis sicherlich einen größeren Raum einnehmen und der Austausch mit z. B. verordnenden Ärzt_innen intensiver werden.

Masterstudiengänge werden in der Folge von Fachhochschulen und Universitäten angeboten und unterschiedliche Ausrichtungen haben:

5) Zum einen werden sie – wie bereits jetzt z. B. an der HAWK Hildesheim – die wissenschaftliche Ausbildung in dem Sinne anvisieren, dass Wissenschaft und Forschungsergebnisse nicht nur verstanden, sondern auch hergestellt und weiterentwickelt werden können.

6) Darüber hinaus wird es – analog zur Lehrerausbildung in Deutschland insgesamt – an den erziehungswissenschaftlichen Fakultäten zu Studiengängen für Lehrende an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens kommen. Auch hier formieren sich bereits erste Initiativen (vgl. Kap. 9.5.3).

7) Schließlich wird es angesichts der zunehmenden Komplexität der Therapien und der ihr zugrunde liegenden Kompetenzen und Wissensbestände fachliche Vertiefungen (z. B. Neurologie) geben, die nach einem Praxisjahr zur Teilnahme an einem Staatsexamen berechtigen. Dessen erfolgreiches Bestehen wiederum wird zu einer zumindest partiellen Gleichstellung gegenüber Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen führen im Hinblick auf die Berechtigung zur Arbeit als sogenannte First-Contact-Practitioner, die Diagnosen stellen, Verordnungen treffen und ggf. an andere Spezialisten überweisen – vergleichbar der im europäischen und angelsächsischen Ausland vorherrschenden Stellung der Therapeut_innen.

8) Voraussetzung der Beteiligung von Universitäten an der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe ist die Etablierung einer wissenschaftlichen Laufbahn, die über eine Promotion und Habilitation bzw. Juniorprofessur zur Universitätsprofessur führt.

9) Dann könnte das Bachelorstudium gemeinsame Veranstaltungen für alle Gesundheitsberufe vorsehen, evtl. sogar ein gemeinsames Grundstudium als Grundlage einer verbesserten Interdisziplinarität in der Versorgung von Patient_innen.

In der nahen Zukunft wird es darauf ankommen, diese Entwicklungen mitzugestalten, um die Chancen zu nutzen, die sie für eine (nachholende) Modernisierung des Gesundheitssystems und die Akademisierung der Therapieberufe bieten. Die folgenden ersten Schritte dürften dabei zielführend sein:

1) Die verpflichtende Akademisierung des Lehrpersonals an den Berufsfachschulen. Dies sollte zu einer Verbesserung der Qualität der Lehre führen, zu einer Aufstockung des akademischen Personals – wenn man so will einer Elitenförderung – und zu einer Anbindung an die erziehungswissenschaftlichen Fakultäten der Universitäten. Wie bereits dargelegt, hat z. B. das Land Niedersachsen eine entsprechende Initiative gestartet.

2) Die weitere Unterstützung der Modellstudiengänge, die eine akademische Erstausbildung für die Therapieberufe auf der Grundlage der Erprobungsklausel in den Berufsgesetzen bieten, bei gleichzeitiger Sicherung von Mindeststandards für grundständige Studiengänge. Derzeit entsteht trotz der Qualitätssicherungsbemühungen im Rahmen von Akkreditierungsverfahren ein unübersichtliches Feld von grundständigen Bachelorstudiengängen, deren akademische Qualität teilweise fraglich erscheint.

3) Die Erarbeitung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines Kerncurriculums für Bachelor- und Masterstudiengänge und die Weiterentwicklung des Fachqualifikationsrahmens für Therapieberufe.

4) Die Förderung der Forschungstransparenz und -umsetzung in Deutschland. Eine erste positive Bewertung der Forschungsnotwendigkeit durch den Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung bietet dafür eine gute Grundlage (vgl. Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, 2012).

Die so skizzierten, sich abzeichnenden und zu erwartenden Entwicklungen basieren noch immer auf einem geringen Maß an bildungswissenschaftlicher Forschung (vgl. Lehmann et al., 2014). Insbesondere mit Spannung zu erwarten sind die Ergebnisse der Evaluation der primärqualifizie-

renden Studiengänge gemäß der Modellklausel im Jahr 2015. Zusätzlich sollte jedoch die weitere Entwicklung durch stärkere Forschung im Bereich der Bildung, Qualifikation, Tätigkeitsprofile und Ausbildungsevaluation im sekundären wie im tertiären Bereich begleitet werden. Zu fordern ist in jedem Fall, dass die sehr umfängliche praktische Ausbildung, wie sie in Deutschland der Regelfall ist, mit einer vollwertigen akademischen Sozialisation und Ausbildung verbunden wird. Dass dies mit den bisherigen Studiengangsformaten erreicht wird, darf bezweifelt werden. Derzeit weisen diese eher spezifische – vorwiegend gesetzlichen Regelungen geschuldete – Vor- und Nachteile auf.

Literatur

Adler, G. (2012). *Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137:(Supplement Nr. 2), S. S33.

Adler, G./Albrecht, M./Beisiegel, U./Bitter-Suermann, U. et al. (2013). *Stellungnahme „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung".* Deutsches Ärzteblatt, 110 (8), S. A337–A350.

AG FQR – Arbeitsgruppe Fachqualifikationsrahmen (2013). *Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB).* http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR-ThGFB_Beschlussfassung130614.pdf (04.10.2014).

AG MTG – Arbeitsgemeinschaft für Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe (2011). *Positionspapier der AG MTG zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe.* http://www.agmtg.de/_pdf/Positionspapier.pdf (22.09.2014).

AK DQR – Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen.* http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (22.09.2014).

Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates (Hrsg.) (2012). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137 (Supplement Nr. 2), S. S29–S76.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2013). *Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie – verkürzte Ausbildung.* http://www.isb.bayern.de/download/13776/bfs_physio_verkuerzt_sept_2013.pdf (06.10.2014).

BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (o. J.). *Bildungspolitik der EU. Fortschrittsmessung.* http://www.eu-bildungspolitik.de/fortschrittsmessung_22.html (06.10.2014).

BLK – Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2003a). *Perspektiven für die duale Bildung im tertiären Bereich.* Materialien zur Bildungsplanung und Forschungsförderung; Heft 110. http://www.blk-bonn.de/materialien.htm (02.10.2014).

BLK – Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2003b). *Neue Studiengänge. BLK-Fachtagung am 5. Dezember 2002 in Weimar.* Materialien zur Bildungsplanung und Forschungsförderung; Heft 106. http://www.blk-bonn.de/materialien.htm (02.10.2014).

Bollinger, H./Gerlach, A./Pfadenhauer, M. (2007) (Hrsg.). *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen.* Frankfurt a. M.: Mabuse.

Borgetto, B. (2013a). *Ausbildung, Akademisierung und Professionalisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe in Deutschland.* In: Estermann, J./Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel", Winterthur 2012. Zürich: LIT; Beckenried: Orlux, S. 138–160.

Borgetto, B. (2013b). *Die Zukunft der Logopädie.* Forum Logopädie, 27 (1), S. 28.

Borgetto, B./Kälble, K. (2007). *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem.* Weinheim: Juventa.

Borgetto, B./Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns.* Bern: Huber.

DBT – Deutscher Bundestag (2009). *Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.* Bundesgesetzblatt Teil I, (64), S. 3158–3160.

Döhler, M. (1997). *Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich.* Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 30. Frankfurt/Main/New York: Campus.

Friedrichs, A./Schaub, H. A. (2011). *Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive.* http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml (14.10.2014).

HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (2014). *BA Bildungswissenschaften Gesundheitsfachberufe Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie.* http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/203246.php (03.10.2014)

HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (2011). *Übersicht über Studiengänge für Therapieberufe in Deutschland (Stand Oktober 2011).* http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Studiengaenge_fuer_Therapiewissenschaften_Erklaerung.pdf (01.10.2014)

Holtkamp, R. (1996). *Duale Studienangebote der Fachhochschulen.* HIS: Hannover.

HRK – Hochschulrektorenkonferenz (2014). *Fachbereichstag Therapiewissenschaften gegründet.* nexus Newsletter 1/2014. http://www.hrk-nexus.de/hrk-nexus-newsletter/nexus-newsletter-12014/ (06.09.2014)

Kälble, K. (2006a). *Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess.* In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, S. 213–233.

Kälble, K. (2006b). *Professionalisierungsprozesse durch Akademisierung – Neue Entwicklungen in den (therapeutischen) Gesundheitsberufen unter den Prämissen von Studienreform und Bologna-Prozess.* In: Walkenhorst, U./Klemme, B. (Hrsg.): Interdisziplinäres Lernen und Arbeiten in der Ergo- und Physiotherapie. Beiträge aus Workshopveranstaltungen der Fachhochschule Bielefeld. Dortmund: BORGMANN MEDIA, S. 65–97.

Kälble K. (2008). *Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess. Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung.* In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim: Juventa, S. 195–212.

Kälble, K. (2013). *Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe Pflege und Therapie in Deutschland.* In: Estermann, J./Page, J./Streckeisen, U. (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel", Winterthur 2012. Zürich: LIT; Beckenried: Orlux, S. 161–184.

KMK – Kultusministerkonferenz (2010). *Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i. d. F. vom 04.02.2010.* http://www.kmk.org/wissenschaft-hochschule/studium-und-pruefung/bachelor-und-masterstudiengaenge/laendergemeinsame-strukturvorgaben-fuer-die-akkreditierung-von-bachelor-und-masterstudiengaengen.html (01.10.2014).

Konegen-Grenier, C./Werner, D. (2001). *Duale Studiengänge an Hochschulen. Studienführer.* Köln: Deutscher Institutsverlag.

Lehmann, Y./Beutner, K./Karge, K./Ayerle, G.et al. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung.* Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Matzick, S. (Hrsg.) (2008). *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung.* Weinheim: Juventa.

Pundt, J. (2006) (Hrsg.). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven.* Bern: Huber.

Räbiger, J./Hoßfeld, R. (2010). *Studiengänge für Therapiewissenschaften (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie).* http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Studiengaenge_fuer_Therapiewissenschaften_Erklaerung.pdf (02.10.2014).

Reichel, K. (2011). *Systematische Beschreibungen der Ergotherapie.* In: Scheepers, C./Steding-Albrecht, U./Jehn, P. (Hrsg.): Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Georg Thieme, S. 215–217.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008). *Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Band I. Baden-Baden: Nomos.

Schwartz, F. W./Klein-Lange, M. (2003). *Berufsfelder in der Krankenversorgung.* In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearb. und erw. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer, S. 271–275.

Statista (2014). *Absolventenquote an Hoch- und Fachhochschulen in Deutschland und der OECD nach Jahrgängen von 2000 bis 2011.* http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1822/umfrage/hochschulabschluesse-an-hochschulen-und-fachhochschulen/ (06.10.2014).

Trocha, M./Aigner, A.-K./Brandt, H./Lücking, A. et al. (2014). *Befundest du noch – oder diagnostizierst du schon?* physioscience, 10 (1), S. 24–28.

Walkenhorst, U./Klemme, B. (2008). *Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie.* In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim: Juventa, S. 179–194.

Weyland, U./Klemme, B. (2013). *Qualifizierung des betrieblichen Ausbildungspersonals – aktuelle Herausforderungen für therapeutische Gesundheitsberufe.* In: Bonse-Rohmann, M./Weyland, U. (Hrsg.): bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 10. http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/weyland_klemme_ft10-ht2013.pdf (12.09.2014).

WR – Wissenschaftsrat (1996). *Empfehlungen zur weiteren Differenzierung des tertiären Bereichs durch duale Fachhochschul-Studiengänge.* www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2634-96.pdf (01.10.2014).

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (01.10.2014).

WR – Wissenschaftsrat (2013). *Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier.* www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf (01.10.2014).

ZVK – Deutscher Verband für Physiotherapie (2014). *Studiengänge Physiotherapie.* https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studieng%C3%A4nge_Physiotherapie.pdf (02.10.2014).

ZVK – Deutscher Verband für Physiotherapie (o. J.a). *Physiotherapie-Studiengangsmodelle.* https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studiengangsmodelle.pdf (02.10.2014).

ZVK – Deutscher Verband für Physiotherapie (o. J.b). *Master-Studiengänge Physiotherapie.* https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Masterprogramme.pdf (02.10.2014).

10 Soziale Arbeit und gesundheitsberufliche Landschaften – Stand, Trends und Perspektiven

HANS GÜNTHER HOMFELDT; SILKE BIRGITTA GAHLEITNER

In unserem Beitrag werden Stand, Trends und Perspektiven gesundheitsberuflicher Landschaften in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, in der Gesundheitsarbeit im Sozialwesen und in der Klinischen Sozialarbeit dargestellt. Die drei Kapitel umfassen historische Aspekte (z. B. zur Gesundheitsfürsorge im Kapitel zu einer Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen), wichtige Bausteine professioneller Tätigkeit und ausgewählte strukturgebende Aufgaben. Ein Blick über den nationalen Tellerrand zeigt internationale Verflechtungszusammenhänge. Beispiele zu einem Fachverband (DVSG) und zur Klinischen Sozialarbeit als psychosoziale Onkologie illustrieren professionelle Engagementformen. In einem abschließenden vierten Kapitel werden anhand von Gesundheitsförderung und Selbstoptimierungszwängen, von unterschiedlichen Begriffskulturen und Interaktionsordnungen Herausforderungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sichtbar.

Einleitung

Gesundheit und ihre Förderung sind im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte zu einem wichtigen Thema der Sozialen Arbeit geworden. Dies dokumentiert eindrucksvoll und vielfältig der Dreizehnte Kinder- und Jugendbericht von 2009 (BMFSFJ, 2009). Gesundheit und Soziale Arbeit zeigen dort zahlreiche Berührungspunkte: in klassischen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe, der Jugendarbeit, in den stationären Erziehungshilfen, der Gemeinwesenarbeit, in klinischen Kontexten, in der Altenhilfe, aber auch im Zusammenspiel mit der Behindertenhilfe, in Gestalt einer gesundheitsbezogenen schulischen Jugendhilfe wie auch in den Frühen Hilfen und der frühen Förderung.

Im Zuge der Ausdifferenzierung der Tätigkeitsfelder haben sich eigene Handlungslogiken entwickelt. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist somit in fünf Bereiche aufteilbar: in eine Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, in eine Gesundheitsarbeit im Sozialwesen, in eine settingbezogene Gesundheitsförderung mit Sozialer Arbeit, in eine Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit und in eine Gesundheitsselbsthilfe (vgl. Gahleitner/Homfeldt, 2013, S. 494).

Unser Darstellungsinteresse im vorliegenden Beitrag ist auf Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, auf Gesundheitsarbeit im Sozialwesen und auf Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit

fokussiert. Im Unterschied zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen setzt die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen nicht in erster Linie bei der Zielgruppe der Erkrankten an, sondern zielt auf die „Verhinderung bzw. Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Probleme" (Ortmann/Waller, 2005, S. 4) in der Gesamtbevölkerung. Sie arbeitet mit unterschiedlichen Zielgruppen präventiv und gesundheitsfördernd. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Abbau sozialer Benachteiligung. Für die Klinische Sozialarbeit sind Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen mögliche Berufsfelder. Als beratende, behandelnde, betreuende und begleitende Soziale Arbeit bemüht sich die Klinische Sozialarbeit um die psychosoziale Unterstützung und Stabilisierung Einzelner im Kontext ihrer Lebensbedingungen. Insbesondere widmet sie sich der Unterstützung schwer erreichbarer Personen. Letztere finden sich sowohl im Aufgabenfeld des Sozial- als auch des Gesundheitswesens.

Eine trennscharfe Unterscheidung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen ist schwerlich umsetzbar. Das Gesundheitswesen, das von Kritikern eher als Krankenversorgungswesen bezeichnet wird, „umfasst sämtliche Einrichtungen und Personen, die zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sie fördern und wieder herstellen" (Waller, 2007, S. 70). Bisweilen werden Gesundheits- und Sozialwesen als gesellschaftliche Subsysteme angesehen; bisweilen erscheinen sie hierarchisch, das Gesundheitswesen als Bestandteil des Sozialwesens, weil sozialstaatlich begründet. Hierbei geht es nicht nur um typologische Fragen, sondern um Zugriffsrechte und Ressourcen. Unbestritten ist dagegen, dass das Gesundheitswesen vor erheblichen aktuellen Herausforderungen steht: einer Zunahme psychischer, psychosomatischer und altersbedingter Erkrankungen und einem Anstieg der Multimorbidität, einer Zunahme chronischer Erkrankungen in allen Lebensaltern, einer wachsenden sozialen Kluft zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufgrund von Armut und Reichtum, einer abnehmenden sozialen Kohäsion (z. B. mangelnde Unterstützung bei kritischen Lebensereignissen) und schließlich gravierenden Strukturveränderungen in der gesundheitlichen Versorgung (vgl. Franzkowiak et al., 2011).

Im Gesundheitswesen dominieren Akut- und Notfallmedizin, erst danach kommen Prävention und Rehabilitation. In Praxiszusammenhängen kristallisiert sich jedoch zunehmend heraus, dass „die Unfähigkeit der Leitdisziplin Medizin, den Herausforderungen adäquat zu begegnen, mit der Unfähigkeit der Politik, eine gerechte Verteilung der Sozial- und Gesundheitschancen zu gewährleisten" (ebd., S. 136), korrespondiert. In diesem Kontext wachsen die Erwartungen an eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit als Befähigungshilfe. Der vorliegende Artikel positioniert Soziale Arbeit als selbstbewusste Profession im Sozial- und Gesundheitswesen, die den

angrenzenden Professionen eigene Entwürfe des Handelns entgegensetzt, zugleich jedoch einer qualifizierten Zusammenarbeit mit ihnen den Weg ebnet (vgl. auch Hanses, 2007, 2012).

10.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

In Geschichte wie Gegenwart sind Gesundheit und Krankheit wichtige Themen der Sozialen Arbeit. Wird die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im sozialrechtlich normierten Gesundheitswesen durchgeführt, sprechen wir von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Das öffentliche Gesundheitswesen umfasst u. a. die staatlichen Einrichtungen und Regelungen zur Krankheitsbekämpfung. Vollzieht sich die ambulante Versorgung vor allem in freiberuflicher Praxis, so sind in der stationären Versorgung öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und privat-kommerzielle Trägerarten präsent. Dort ist die Soziale Arbeit

> „in der kurativen und rehabilitativen Gesundheitsversorgung vor allem über das soziale Schnittstellen- und Patientenmanagement im sequentiellen Krankheits(versorgungs)prozess verankert. Sie leistet des Weiteren funktionale Zuarbeit in den psycho- und sozioedukativen Maßnahmen vor, in und nach klinischen Akutbehandlungen und in der Rehabilitation“ (Franzkowiak, 2009, S. 66).

Mit ihrem biopsychosozialen Verständnis stellt die Soziale Arbeit eine biomedizinisch ausgerichtete Krankheitsbewältigung auf eine umfassendere Basis und in den Kontext einer zum Gesundheitssystem diametralen Grundhaltung, in der für die Patient(inn)en eine „Auseinandersetzung um eine eigene und subjektiv als sinnvoll erlebte Bestimmung der persönlichen gesundheitlichen Situation“ (Alheit/Hanses, 2004, S. 17) stattfinden kann. Die sozialberufliche Kompetenz der Sozialen Arbeit trägt vor diesem Hintergrund zu einer ganzheitlich gestalteten gesundheitlichen Verbesserung bei (vgl. Franzkowiak et al., 2011, S. 131 ff.).

Die Mitwirkung der Sozialen Arbeit ist jedoch in Bezug auf das Gesundheitswesen noch ausbaubar, z. B.: durch eine umfassendere psychosoziale Einbindung in Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsprozesse, in der Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit gesundheitsbezogener Selbsthilfeinitiativen, durch anwaltliches Engagement für chancengleiche Zugänge (z. B. von Asylbewerber(inne)n zum Gesundheitswesen) und grundsätzlich immer dann und dort, wo die Einzelnen auf sich selbst zurückgeworfen (vgl. Kessl, 2013, S. 81) und zu einer aktiven Lebensbewältigung zu befähigen sind (vgl. Badura et al., 1997). Im Folgenden skizzieren wir in diesem Sinne, jedoch in aller Kürze, die Entstehung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen als Gesundheitsfürsorge, die Entwicklung des maßgeblichen Fachverbands der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und die enge Verflechtung zwischen

sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit als wichtigem Faktor professioneller Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sowie strukturelle Aspekte und internationale Gesichtspunkte.

10.1.1 Gesundheitsfürsorge – eine geschichtliche Betrachtung

Die Berufsgeschichte der Sozialen Arbeit dokumentiert, dass sie von Beginn an ein bedeutender Partner in der Versorgung kranker und von Krankheit bedrohter Menschen gewesen ist. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts entstand eine Reihe von Krankheiten in Verbindung mit der Industrialisierung und der mit ihr einhergehenden Verelendung. Durch die Gesundheitsfürsorge wurden in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts erste Beratungs- und Betreuungsangebote aufgebaut. Parallel zur Ausbreitung der Jugendbewegung Anfang des 20. Jahrhunderts entstand eine vielgestaltige „Gesundheitsfürsorgebewegung", die bis dahin nur unzulänglich bearbeitete Gesundheitsprobleme in unterschiedlichen Lebensbereichen thematisierte.

> „Ergebnis dieses Prozesses war die Entstehung einer eigenständigen ‚Gesundheitsfürsorge' neben der Armenfürsorge und der sich gleichzeitig etablierenden ‚Jugendfürsorge'." (Homfeldt/Sting, 2006, S. 51)

Die Gesundheitsfürsorge stellte die Praxis der Sozialhygiene dar. Die Verortung in der Sozialhygiene führte dazu, dass die Gesundheitsfürsorge in den 1920er-Jahren den größten Aufschwung aller Handlungsfelder der Sozialen Arbeit erlebte. Im Zuge dieser Entwicklung entstanden neue gesundheitsbezogene Berufsfelder (u. a. in der Schulgesundheitspflege).

Aufgrund der Komplexität der Problemlagen war die Gesundheitsfürsorge aber von Anfang an mit wirtschaftlicher und pädagogischer Unterstützung verbunden (vgl. Salomon, 1928/1998, S. 142). Im Vordergrund stand die Bekämpfung der Tuberkulose und auch der hohen Säuglingssterblichkeit (vgl. Reinicke, 2008, S. 5). Geleistet wurde diese Arbeit zuerst von ehrenamtlichen Kräften, dann durch Sozialarbeiter(innen), die auch Hausbesuche machten. Aufgrund der Ausbildung zur Zeit der Weimarer Republik wurden die Tätigkeiten zunehmend professioneller ausgeführt. Während des Nationalsozialismus erfuhren diese Tätigkeiten durch eine Umgestaltung in „Erbgesundheitspflege" eine sich institutionalisierende pervertierte Umwidmung. Nach dem Zweiten Weltkrieg und nach Gründung der beiden deutschen Staaten 1949 wurde die Arbeit der Gesundheitsfürsorge unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen zunächst wieder aufgenommen und weiterentwickelt.

Waren Unterernährung, Säuglingssterblichkeit, Tuberkulose, aber auch Geschlechtskrankheiten die klassischen Indikatoren sozialarbeiterischer Gesundheitsfürsorge in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts (vgl. Sachße/Tennstedt, 2012, S. 148 ff.), hat sich die gesundheitsbezo-

gene Soziale Arbeit in den zurückliegenden Jahrzehnten bis ins 21. Jahrhundert in erheblichem Maße ausdifferenziert und weiterentwickelt. Sichtbar wird dies z. B. an der Entwicklung der Säuglingsfürsorge zur Schwangerenberatung. Im 18. und 19. Jahrhundert war die Säuglingsfürsorge durch die hohe Säuglingssterblichkeit geprägt. Heute dagegen hat sich die Säuglingsfürsorge hin zu einem ausdifferenzierten präventiven Netz der Schwangerenberatung entwickelt (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 51 ff.), nicht zuletzt – seit wenigen Jahren – durch die Mitwirkung von Familienhebammen.

10.1.2 Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) als zentraler Fachverband

Die DVSG kann als Fachverband auf eine bald 90-jährige wechselhafte Geschichte zurückblicken. Von Beginn an leistete sie in der Versorgung kranker, behinderter und notleidender Menschen durch psychosoziale Unterstützung wichtige Pionierarbeit. Gegründet wurde der Fachverband 1926 in Düsseldorf als Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus (DVSK). Mit dem Machtantritt des Nationalsozialismus 1933 und den mit ihm verknüpften Vorstellungen zur Gesundheitspolitik, „Erbgesundheitspflege", „Rassenhygiene" sowie „Aufartung des Volkes" und der Entlassung vieler Sozialarbeiter(innen) veränderten sich die Arbeitsbedingungen grundlegend. 1945 wurde die DVSK wegen ihrer Zugehörigkeit zur Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) aufgelöst, obwohl die Krankenhausfürsorger(innen) weiterarbeiteten. 1949 erneut gegründet, nahm die DVSK ihre Arbeit als Verband wieder auf. Im Verlauf der nachfolgenden Jahrzehnte differenzierten sich die Aufgaben und Arbeitsfelder des Fachverbands als Krankenhaussozialdienst immer weiter aus.

Wegweisend ist seit 2003 die Öffnung des Fachverbands für neue Mitglieder aus allen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit im Gesundheitswesen, also neben Mitarbeiter(innen) der Sozialarbeit in Krankenhäusern für jene in Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, in ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, im Bereich der Selbsthilfe sowie in Behörden und Krankenkassen. Mit der Öffnung ging die Umbenennung des Fachverbands in Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) einher. In der Folge haben sich durch den Strukturwandel der Krankenhausversorgung auch neue Aufgaben entwickelt: Neben Entlassmanagement, Case Management als Nachsorgetätigkeiten sind Kooperation und Koordination mit anderen Leistungserbringern hinzugekommen. Um sich noch gezielter politisch,

aber auch in der Öffentlichkeitsarbeit einbringen zu können, kehrte die DVSG 2010 nach Berlin zurück, an den Ort, an dem sie sich bis 1945 befand (vgl. zum Überblick DVSG, 2012).

10.1.3 Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit

Für das Gesundheitsverständnis in modernen Gesellschaften ist die enge Verflechtung zwischen sozialen und biologischen Faktoren prägend:

> „Arbeitswelt, Wohnumfeld, Umweltbelastungen gelten ebenso als Verursachungsfaktoren für Krankheit wie individuelle Lebensgewohnheiten oder Wahrnehmungs- und Deutungsmuster." (Hartmann, 2010, S. 48)

Entsprechend existiert ein enges Band zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und mangelnder Gesundheit (vgl. auch übergreifende Untersuchungen wie Mielck, 2011; Wilkinson/Pickett, 2010). Soziale, aber auch psychische Belastungen wirken sich nachteilig auf die Gesundheit und Entwicklung aus, z. B. in Hinsicht auf erhöhte Morbiditätsrisiken Heranwachsender (vgl. Felitti, 2002). Der Lebensstil ist in diesem Sinne geprägt durch sozioökonomischen Status und persönlichen Gesundheitszustand, d. h., das Gesundheitshandeln steht

> „in engem Zusammenhang mit den Bedingungen des Herkunftsmilieus sowie habitualisierter (und somit inkorporierter) sozialer Erfahrungen" (Hensen, 2011, S. 219).

Unter der Prämisse der Machbarkeit von Gesundheit und der Annahme ihrer Abhängigkeit vom Willen des Einzelnen wurde der Blick über Jahrzehnte hinweg von krankmachenden Verhältnissen weggelenkt. In den beiden zurückliegenden Jahrzehnten ist die Verknüpfung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wieder ins Blickfeld der Sozialen Arbeit gerückt und hat sich ein spezifisches Aufgabenverständnis entwickelt. Damit wird von der heutigen Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen die Tradition der zielgruppenbezogenen Gesundheitsfürsorge fortgesetzt. Zu ihren Zielgruppen zählen alle von gesellschaftlicher Exklusion Bedrohten. Zu den Angeboten gehören psychosoziale Beratung, Betreuung, Begleitung und Unterstützung ausgewählter Gruppen wie Demenzerkrankte, HIV-infizierte Personen oder chronisch Kranke.

Für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist es nicht leicht, ihr eigenes Kompetenzprofil einzubringen, zumal es zumeist darum geht, die Risiken krankheitsbedingter sozialer Benachteiligung zu mindern (vgl. Franzkowiak, 2009, S. 67). Die Hürde dabei ist, dass die Einführung des biografischen Subjekts in der vorherrschenden Medizin nach wie vor eine professionelle Provokation darstellt (vgl. Hanses, 2011, S. 337). Gleichwohl sollte immer wieder situationsbezogen reflektiert werden, ob und wie fachspezifische Kompetenzen einfließen können. Hierzu sind zu

rechnen der Lebenslagen-, der Biografie- sowie der Akteur(innen)- und Genderbezug. Durch biografisches Erzählen können z. B. eine Stärkung von Ressourcen und ein Hintergrundwissen entstehen, was für ein qualifiziertes lebenslagenbewusstes Entlassmanagement aus dem Krankenhaus äußerst relevant sein kann. Lebenslagenbewusst vorzugehen heißt, sensibel soziale Ungleichheit und mit ihr einhergehend gesundheitliche Ungleichheit wahrzunehmen, zu verstehen und darauf zu reagieren.

Übergreifend bedeutet der Biografiebezug, Einflüsse von Risikofaktoren, Erkrankungen aus früheren Lebensphasen und auch soziale/gesundheitliche Ungleichheit im Erwachsenenalter einzubeziehen. Da

> „Kontextualität und Geschichtlichkeit, also die lebensweltliche Einbettung und die lebensgeschichtliche Gewordenheit sozialer Problemlagen (…) als zentrale Kategorien professioneller Praxis in Sozialer Arbeit formuliert werden“ (Hanses, 2004, S. 1)

können, findet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hier einen Anknüpfungspunkt für professionelles Handeln. Ein weiteres wichtiges Kennzeichen professioneller sozialarbeiterischer Kompetenz ist die biopsychosoziale Diagnostik (Überblick Gahleitner/Hahn et al., 2013; vgl. Kap. 10.3). Für einen qualifizierten Lebenslagen-, Akteur(innen)- und Biografiebezug sind häufiger gewordene „Single Session Contacts“ im Krankenhaus jedoch wenig zielführend, sie erschweren eine ihren Werten und Zielen verpflichtete Soziale Arbeit, zumal sich das Wissen um Ernähren, Bewegen, Gefährdungen, Alltagsbewältigung und der Blick auf die Lebenswelt erst im Prozess der Begleitung aufbauen lässt (vgl. Gahleitner, 2014).

10.1.4 Strukturgebende Aufgaben – Koordination und Kooperation

Wichtige strukturgebende Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen können in der Koordination und Kooperation gesehen werden. In diesem Abschnitt werden diese beiden strukturgebenden Aufgaben am Beispiel der Relation Ehrenamt/Hauptamt und der sich daraus ergebenden professionellen Koordinationsarbeit skizziert. Am Beispiel einer Zielgruppe des Gesundheitswesens, chronisch kranke Kinder, und ihres spezifischen Versorgungsbedarfs wird die Herausforderung für die Soziale Arbeit veranschaulicht.

Ehrenamt als Aufgabenfeld professioneller Koordinationsarbeit

Dass sich ehrenamtliche und professionelle Tätigkeit z. T. konfliktreich auseinandersetz(t)en, ist bereits für die Weimarer Republik belegbar. Zum Beispiel anhand des Perl-Bundes (1919–1931),

einer Selbsthilfebewegung, der es im Konflikt mit Vertretern und Vertreterinnen der etablierten Fürsorgeeinrichtungen (z. B. der „Krüppelfürsorge" und der Inneren Mission) um die Verbesserung der Lebensbedingungen Körperbehinderter ging. Auseinandersetzungen in diesem Sinne fanden im Dritten Reich ein abruptes Ende. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg erhielt das Ehrenamt neue Impulse. Im Spektrum der sozialen Dienste im Verlauf der zurückliegenden Jahrzehnte ist seine Bedeutungszunahme unübersehbar. Erklärbar ist sie vor dem Hintergrund der Ökonomisierung in Bereichen der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienste (vgl. Becke et al., 2014, S. 261). Träger setzen Ehrenamtliche z. T. als Ersatz für Hauptamtliche, vor allem in der Pflege sowie in Bereichen emotionaler und psychosozialer Zuwendung, ein, um Kosten zu sparen. Der verstärkte Einsatz Ehrenamtlicher ist jedoch nicht kostenneutral möglich. Die Tätigkeit der Ehrenamtlichen bedarf einer professionellen Koordination der Schulung, der Vorbereitung auf die ehrenamtliche Tätigkeit, ihrer Begleitung und Weiterbildung. In einer qualitativ-empirischen Studie gelangen Becke et al. (2014, S. 214) zu dem Ergebnis, „dass Ehrenamt immer auch ein in gesundheitlicher Hinsicht qualifiziertes und sensibilisiertes Hauptamt benötigt", um die Gesundheitskompetenz der Ehrenamtlichen im Umgang mit psychosozialen Belastungen zu stärken.

Chronisch kranke Kinder – zur Notwendigkeit professioneller Kooperationsarbeit

Seit Mitte des letzten Jahrhunderts haben sich Häufigkeit und Spektrum von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter stark verändert. Erheblich angewachsen ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit psychosozialen und gesundheitlichen Problemen – das Stichwort lautet „neue Morbidität". Hervorzuheben sind hier chronische Erkrankungen, denn sie stellen an betroffene Heranwachsende und an Familien, insbesondere Eltern, hohe Anforderungen und erzeugen einen erheblichen Kooperationsbedarf zwischen Familie, Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe sowie Schule. So hebt Thyen (2012) hervor, dass die Aufteilung des Leistungsrechts in die Bereiche Soziales und Jugendhilfe, Bildung, Gesundheit und Rehabilitation eine „ganzheitliche gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Gesundheitsstörungen" (S. 95) erschwere.

Hiermit zusammenhängend fehlt es zudem weitgehend an einer interprofessionell und interorganisational gesteuerten Kooperation für eine chancengleiche gesellschaftliche Teilhabe. Der Sozialen Arbeit könnte in der Kooperation der sozialen Dienste in solchen und ähnlichen Bereichen eine Schlüsselaufgabe zufallen. Um eine angemessene Unterstützung nicht nur für chronisch kranke Kinder, sondern grundsätzlich für Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf sicherzustellen, sind auf der interprofessionellen Ebene Kooperationen vonnöten. Es fehlt gegenwärtig

jedoch immer noch an strukturellen Rahmenbedingungen auf der gesamtpolitischen Ebene (z. B. in den einschlägigen SGBs), aber auch noch an interdisziplinär entwickelten und miteinander abgestimmten Wissensbeständen.

10.1.5 Internationaler Blick

Entwickelte sich Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weltweit sehr unterschiedlich, so glichen sich die Konzepte in den zurückliegenden 50 Jahren zunehmend einander an, bezogen auf Qualität, Sicherung und auch Spezialisierung (vgl. Auslander, 2001, S. 203). Herausforderungen wie HIV, das Wiederauftauchen von Krankheiten wie TBC, die mit dem Klimawandel verknüpften Naturkatastrophen, kriegsbezogene Traumata und ihre Bewältigung, Terrorakte und ihre Bewältigung haben die Notwendigkeit spezieller Formen von Katastrophenhilfe deutlich gemacht. In Deutschland ist Katastrophenhilfe als Aufgabenfeld Sozialer Arbeit noch immer wenig im Blick und erforscht, international wird die Diskussion vor allem im angloamerikanischen Raum geführt (vgl. Bähr, 2014, S. 109). Schwerpunkte der Hilfe liegen zumeist auf der Seite der medizinischen Versorgung. Sozialarbeiter(innen) können zeitnahe Hilfen durch die Organisation von Lebensmitteln, Kleidung, Notunterkünften wie auch eine qualifizierte und umfassende Krisenintervention leisten:

> „Des Weiteren beziehen sie andere Familienmitglieder, Freunde und Gemeinden in die Hilfe ein und entwickeln längerfristige Hilfsangebote für die Betroffenen oder vermitteln sie weiter an andere Professionen, wie zum Beispiel an Traumatologen und Psychologen.“ (ebd., S. 121)

10.2 Gesundheitsarbeit im Sozialwesen

Gesundheitsarbeit, und damit eine Reihe der bisher ausgeführten Maßnahmen, ist grundsätzlich in allen Handlungsfeldern des Sozialwesens möglich. Mit einem expliziten, zuweilen auch impliziten, Gesundheitsverständnis wirkt die Soziale Arbeit in ihren eigenen Feldern gesundheitsförderlich, z. B. in stadtteilorientierter Sozialer Arbeit, in kultursensibler Sozialer Arbeit, in Jugendarbeit und Jugendverbandsarbeit, in der stationären Erziehungshilfe, in aufsuchender Sozialer Arbeit und auch in der Beratung und Betreuung von Gewaltopfern. Die verschiedenen Handlungsfelder im Spektrum allein der Kinder- und Jugendhilfe macht der Dreizehnte Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 2009; vgl. dazu auch die vielfältigen Expertisen in Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht, 2010) deutlich. Ziel der Gesundheitsarbeit im Sozialwesen ist, die Gefahren sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung zu mindern – mit dem Ziel der Stär-

kung der eigenen Handlungsfähigkeit und dem Gefühl, externe und interne Lebensbedingungen bewältigen zu können. Gesundheit ist dabei kein Selbstzweck:

> „Man möchte gesund sein, um das eigene Leben führen zu können, aber nicht leben, um gesund zu sein." (Meyer-Abich, 2010, S. 377)

10.2.1 Gemeinwesenarbeit und gesundheitsförderliche Settingarbeit

Auf der 87. Gesundheitskonferenz (GMK) Ende Juni 2014 in Hamburg wurde die Umsetzung der „Unterstützung des kommunalen Partnerprozesses ‚Gesund aufwachsen für alle!' und Umsetzung gesundheitsziele.de" beschlossen. Der Beschluss ist ein Beitrag, die Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Rahmen zu stärken. Neu ist der Gedanke in keiner Weise, den Kommunen eine Schlüsselfunktion zu übermitteln, um gesundheitsbezogene Prozesse anzustoßen, Akteur(innen) und Verantwortlichkeiten zu bündeln und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe zu fördern. In den Bundesländern fördern „Regionale Knoten" den Austausch und die Vernetzung von Projekten aus den Bereichen Bildung, Gesundheit, Umwelt, Soziales und Stadtentwicklung (vgl. Franzkowiak et al., 2011, S. 249). Möglichkeiten einer Beteiligung bieten sich der Sozialen Arbeit durch die Gemeinwesenarbeit.

Gemeinwesenarbeit hat eine lange Tradition in der Sozialen Arbeit, wurzelnd in der sozialreformerischen Arbeit von Addams (1923). Ausgangspunkt ihres bürgerschaftlichen Engagements war die riesige Kluft zwischen Reichtum und Luxus auf der einen Seite und bitterer Armut, Kinderarbeit und elenden Wohnverhältnissen auf der anderen Seite (vgl. Braches-Chyrek, 2013, S. 133). Vor diesem Hintergrund gründete Addams Ende des 19. Jahrhunderts die ersten Settlements in den Vereinigten Staaten. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts gelangte der enge Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Risiken und Lärm, Schadstoffbelastungen, Feuchtigkeit und hygienischen Mängeln stärker in den Vordergrund. Sie treten gehäuft in benachteiligten Wohngebieten auf und gehör(t)en oftmals ohne explizite Verknüpfung mit Gesundheitsförderung zum Tätigkeitsprofil von Gemeinwesenarbeit (vgl. Ries et al., 1997). Eine verstärkte Verknüpfung mit der Gesundheitsförderung erfolgte nach und nach durch Bezugnahme auf die Ottawa-Charta der WHO von 1986 und mit dem Entstehen verschiedener settingbezogener Netzwerke: Ausgegangen wird von der Prämisse, dass sich Gesundheit nicht wie in der Gesundheitserziehung über die Schaffung von Lebensregeln durch Expert(inn)en herstellt, über aufklärende Maßnahmen oder gar Angstappelle, sondern in der Alltagswelt, bei der Arbeit im Betrieb, im Stadtteil, in der Schule, im Kindergarten und auch in der Familie.

Für diese „Herstellung von Gesundheit" sind Bedingungen bereitzustellen, die der Förderung gesunder Sozialräume gerecht werden. Dem Settingansatz – z. B. im Sinne des Healthy-Cities-Ansatzes, der gesundheitsförderlichen Schule oder eines gesundheitsförderlichen Krankenhauses – geht es dabei nicht um eine Reduktion von Risikofaktoren, sondern um die Genese von Gesundheit als Organisationsprinzip. Eine Intervention setzt am System an, indem sie Entscheidungen und Regeln innerhalb des sozialen Systems verändert. In der gesundheitsförderlichen Schule hat sich diese Grundidee seit 1990 in verschiedenen Entwicklungsabschnitten entfaltet (vgl. Paulus, 2010, S. 535–607). Paulus (2010) hebt hervor (vgl. ebd., S. 593), dass eine gute gesunde Schule in der Umsetzung ihres settingorientierten Programms so breit angelegt sein müsse, dass sie auf die Mitwirkung von Kooperationspartnern angewiesen sei. Die schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe sei vom Grundsatz her eine genuine Partnerin. Damit diese Kooperation eine starke Partnerschaft werden könne, benötige es jedoch noch einen weiteren Schritt: Schule und schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe müssten mit weiteren lokalen und regionalen Partnern gemeinsam eine Vision des gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen entwickeln.

10.2.2 Strukturgebende Aufgaben

Gesundheit und ihre Förderung haben sich in den zurückliegenden 25 Jahren zu einem wichtigen Handlungs- und Aufgabenfeld in der Sozialen Arbeit, insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt.

Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Gesundheitsförderung ist nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern durchzieht als wichtiges – Lebensqualität ermöglichendes – Kriterium fast alle Lebensbereiche. Mit den Aufgabenfeldern der Sozialen Arbeit ist sie in vielfacher Hinsicht in Gestalt von Information, Aufklärung und gesundheitspädagogischen Aktionen eng verbunden. Im SGB VIII finden sich gleichwohl kaum Hinweise auf Gesundheit(sförderung) und ebenso wenig auf Körperbezüge, obwohl gesundes Aufwachsen, vor allem für die sozialpolitisch in den Vordergrund gestellte Minderheit sozial benachteiligter Jugendlicher, immer wieder in Jugendgesundheitssurveys wie auch in tagesaktuellen Medien thematisiert wird. Wenn in den Arbeiten zur außerschulischen Jugendbildung z. B. Gesundheitsförderung und Körperbezüge kaum vorkommen, so ist dies nicht verwunderlich, da ihre Zielsetzungen nicht primär in Gesundheitsförderung und Körpererleben zu finden sind, sondern in Anliegen der Persönlichkeitsbildung.

Jedoch gelingt auch Persönlichkeitsbildung am ehesten unter gesundheitsförderlichen Bedingungen bzw. als „eingebettete Gesundheitsförderung“ (BMFSFJ, 2009, S. 243). Diese findet sich überall dort, wo Salutogenese und Ressourcenbezug als leitende Prinzipien der Arbeit, etwa in der Kindertagesbetreuung, in Early-Excellence–Projekten und auch in Mehrgenerationenhäusern vorhanden sind. Entsprechend heißt es im Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht (ebd., S. 245), weite Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe ließen sich ohne großen Aufwand als nicht bewusst wahrgenommene Formen der Gesundheitsförderung und in anderen Feldern gesundheitsbezogener Prävention begreifen. Nicht um Kontrolle, z. B. disziplinierende Körperregierung, geht es dabei, sondern um soziale Unterstützung früher Förderung, gegen soziale Benachteiligung, Kinderarmut und krankheitsfördernde Mit- und Umwelten.

Gesundheit(sförderung) als professioneller Standard

Der Abbau sozialer Ungleichheit und eine Verringerung ungleicher Gesundheitschancen sind eng miteinander verbunden. Entsprechend sollten Gesundheit und ihre Förderung ein Standard der Sozialen Arbeit sein und nicht nur in ihren Handlungsfeldern als Voraussetzung angesehen werden. Von der Tatsache ausgehend, dass sich Heranwachsen körper- und leibbezogen vollzieht, „Gesellschaft auch deshalb existiert, weil Menschen leiblich sind und einen Körper haben“ (Gugutzer, 2012, S. 11 f.) und Körper und Leib in alltagsbezogenen sozialen Interaktionen vor Augen sind, sollte Gesundheitsförderung allgemein, aber vor allem in einer gesundheitsbezogen Sozialen Arbeit, unverrückbarer Standard sein. Dieser Standard ist auch sozialpolitisch durchzusetzen.

10.3 Klinische Sozialarbeit

Die zunehmenden Anforderungen an Heranwachsende, an erwachsene und hier insbesondere alternde Menschen durch gesellschaftliche Transformationsprozesse in den letzten Jahrzehnten haben, wie bereits angesprochen, zu weitreichenden Exklusionsdynamiken, Belastungen und Risiken für benachteiligte Bevölkerungsgruppen geführt. In den letzten 20 Jahren hat in der Sozialen Arbeit die Klinische Sozialarbeit fachspezifische psychosoziale Antworten entwickelt, die sich darum bemühen, geeignete Interventionen bereitzustellen, um benachteiligten Menschen in ihren Lebenskontexten eine angemessene Unterstützung zu bieten (vgl. hier und im folgenden Gahleitner/Pauls, 2010; Gahleitner, 2012). Es geht dabei – entlang der bereits beschriebenen Sozialarbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen – um konstruktive Veränderungsimpulse für Einzelne und Gruppen im Kontext der jeweiligen Mitwelt und der Lebensbedingungen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind vor diesem Hintergrund gefordert, über klinische

Wissensbestände und Kompetenzen zu verfügen, diese für ihre jeweilige Berufspraxis kritisch zu reflektieren und kontextangemessen einzubringen. Im Folgenden werden zunächst die Geschichte und der aktuelle Stand der Klinischen Sozialarbeit in Praxis wie Forschung zusammengefasst und anschließend an einem kurzen Beispiel veranschaulicht.

10.3.1 Historie – national und international

Die Etablierung Klinischer Sozialarbeit in Deutschland in den letzten 20 Jahren folgt – wenn auch mit Verzögerung – einer internationalen Entwicklung, in der Clinical Social Work seit mehreren Jahrzehnten Professionsstatus genießt. Aktuelle Konzepte der Klinischen Sozialarbeit knüpfen daher in vielen Punkten an den vorliegenden Erfahrungen sozialer Diagnostik, Beratung und Behandlung an und orientieren sich an der bereits international etablierten Clinical Social Work. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die deutsche Ausbildungs- und Praxislandschaft sich deutlich anders gestaltet als in den meisten anderen Ländern, insbesondere aber als in den USA. Die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit hat jedoch eine noch deutlich längere Tradition, auch in Deutschland selbst. Knüpft man an historische Schriften an, begann die Geschichte sozialarbeiterischer Konzepte bereits mit einem beachtlichen Engagement und einem hohen Anspruch an fachliche Standards in Bereichen der Gesundheitsarbeit.

Sowohl die bereits erwähnte Addams (1923), vor allem aber Richmond (1917, 1922) und Salomon (1926/2002) haben in selbstverständlicher Weise sozialarbeiterisches Vorgehen in Bezug auf umfassende Gesundheit beschrieben und für Diagnostik wie Intervention methodisch-theoretisch – und auch über Forschung – fundiert (vgl. Pauls, 2013, S. 177). Klinische Sozialarbeit versteht sich seither als beratende, behandelnde und begleitende Soziale Arbeit, bemüht sich um möglichst konstruktive Veränderungsimpulse für Einzelne im Kontext ihrer Umfeld- und Lebensbedingungen (vgl. ebd.). Das unter den Begriffen „Person-in-Situation“-Ansatz oder „Person-in-Environment-Ansatz“ (Richmond, 1917; Dorfman, 1996) berühmt gewordene Modell wurde und wird von zahlreichen Vertretern und Vertreterinnen der Sozialen Arbeit weiterentwickelt. Heute spricht man vom „biopsychosozialen Ansatz“ (vgl. aktueller Überblick bei Gahleitner/Hintenberger et al., 2013) oder dem „sozio-psycho-biologischen“ Paradigma (Pauls, 2013, S. 167; vgl. bereits Sommerfeld et al., 2011).

10.3.2 Konzeption

Klinische Sozialarbeit ist – entlang der vorangehend ausgeführten Überlegungen zur Sozialarbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen – zunächst und vor allem Soziale Arbeit. In ihrer Aufgabe, sozialen Dysfunktionen vorzubeugen und entgegenzuwirken (vgl. Klüsche, 1999), erweist sich Klinische Sozialarbeit jedoch in besonderer Weise dafür qualifiziert, die zahlreichen Schnittstellen zwischen sozialen, psychischen, physischen und alltagssituativen Aspekten auszuleuchten, die mit sozial bedingten Gesundheitsproblemen verknüpft sind. Insbesondere „Hard-to-reach"-Klient(inn)en, die multiproblembelastet sind und von vorhergehenden Hilfsangeboten kaum profitieren konnten, jedoch umso dringender professionelle Unterstützung benötigen, stellen die Zielgruppe klinisch-sozialarbeiterischer Diagnostik und Intervention dar (Labonté-Roset et al., 2010).

Klinische Sozialarbeit lässt sich weder allein über Arbeitsfelder noch über Zielgruppen und auch nicht über Verfahren definieren. Sie ist vielmehr eingebettet in das komplexe System Sozialer Arbeit, in dem der beziehungsorientierte Umgang mit Klient(inn)en, Beratungs- und Behandlungskompetenz sowie spezifische Interventionen gemeinsam klinisch-soziale Fachlichkeit ausmachen. Ihre psychosoziale Akzentuierung

> „schafft Verbindungen zwischen einer personzentrierten ‚direct practice' und originärer ‚Sozialberatung' im Hinblick auf die Lebensbewältigung und Integration von Individuen und Gruppen in besonders prekären Lebenslagen" (Mühlum, 2005, S. 14).

Zielsetzung ist, „eine eigene Form des klinischen Denkens und Handelns zu generieren" (Schaub, 2008, S. 21) – mit dem Anliegen, Problemlagen zu diagnostizieren, Ressourcen zu fördern und methodensicher Unterstützung anbieten zu können (vgl. z. B. ausformuliert für die sozialtherapeutische Beratung Pauls et al., 2013).

10.3.3 Forschung

In der Klinischen Sozialarbeit, verstanden als anwendungsorientierte Fachrichtung der Wissenschaftsdisziplin Soziale Arbeit (vgl. Gahleitner/Mühlum, 2010), muss auch die Forschung dem doppelten Fokus Person und Kontext gerecht werden. Klinisch-soziale Praxis ist daher in dieser Komplexität und mit ihrer Vielfalt an Adressat(inn)en, deren Biografien, Lebenslagen, Lebensstilen, Wünschen, Werten, Absichten, Gefühlen und Wirklichkeiten – kurz: deren „Sinnstrukturen" – schwer einzufangen (Gahleitner/Ortmann, 2006). Für die Forschung zur Klinischen Sozialarbeit bietet es sich daher an, an bereits bewährte methodologische Traditionen der Sozialen

Arbeit z. B. nach Friebertshäuser und Jakob (2001/2005, S. 576 ff.) anknüpfen: an die Erfassung der sozialen Wirklichkeit aus der Perspektive der beteiligten Subjekte, an die Offenheit des Forschungsprozesses, an qualitativ-empirisch fundierte Theoriebildung und (Selbst-)Reflexivität der Forschenden. Zusätzlich muss sich Forschung in der Klinischen Sozialarbeit jedoch auch stets anwendungsbezogen und interdisziplinär an den angrenzenden Gesundheitswissenschaften orientieren.

Die zunehmende Durchdringung der Arbeitsfelder mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und ein deutlich stärkeres Interesse an empirischen Studien – bis hin zur Forderung nach „Evidence-based-Practice" – hat eine neue Generation von Forscher(inne)n mit eigenem Selbstverständnis hervorgebracht (vgl. Gahleitner/Mühlum, 2010). Inzwischen gibt es eine beachtliche Anzahl sehr unterschiedlich ausgerichteter Forschungsprojekte und -berichte in der Klinischen Sozialarbeit. Die Schwerpunkte sind breit gestreut – von der Praxisforschung über Evaluation bis hin zu Grundlagenforschungs- und Professionsforschungsprojekten (vgl. ebd.). In der fachspezifischen Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Forschung und Praxis" wurden in den vergangenen acht Jahren thematisch breit gefächert Forschungsprojekte vorgestellt. Das 2009 erschienene zweite Jahrbuch der Klinischen Sozialarbeit (vgl. Gahleitner/Hahn, 2009) mit dem Schwerpunkt Forschung bietet einen Überblick über laufende und abgeschlossene Projekte. Weitere Forschungsergebnisse finden sich in den allgemeinen Sammelbänden der Klinischen Sozialarbeit (vgl. Gahleitner/Hahn, 2008, 2010, 2012; Gahleitner/Hahn et al., 2013, 2014; Ortmann/Röh, 2008).

10.3.4 Klinische Sozialarbeit als psychosoziale Onkologie

Auch wenn gelingende Kooperationsverhältnisse zwischen dem medizinischen, pflegerischen und sozialen Arbeitsbereich in Kliniken bis heute eher eine Ausnahme darstellen, gibt es immer wieder professionelle Inseln, auf denen sie gelingen. Im Folgenden werden einige konzeptuelle Aspekte eines psychosozialen Dienstes einer Tumorstation aus einem abgeschlossenen Evaluationsprojekt vorgestellt (vgl. zur Methodik und zur Ergebnisübersicht des Gesamtprojekts Gahleitner/Becker-Bikowski, 2007; Gahleitner et al., 2008; vgl. ausführliches Beispiel mit Interviewzitaten Gahleitner, 2014).

Auf Tumorstationen sind schwere Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der sozialen Mitwelt der Patient(inn)en stets gegenwärtig. Die Mitarbeiter(innen) des psychosozialen Dienstes versuchen daher, in einem interaktiven Prozess die Bewältigungsanforderungen, -ressourcen und

-ziele aller am Prozess Beteiligten in das Hilfegeschehen mit einfließen zu lassen (vgl. Kleinschmidt et al., 2009).

Zu diesem Zweck muss bereits die durchgeführte Diagnostik in der Lage sein, die Gleichzeitigkeit individueller, sozialer, psychischer, medizinischer und ökonomischer Aspekte und Prozesse sowie deren gegenseitige Wechselwirkungen zu erfassen, also die Besonderheiten „biographischer Eigensinnigkeit" (Hanses, 2010, S. 365) nicht verloren gehen zu lassen (vgl. zum Stand der Diskussion und zur Übersicht über ein Rahmenmodell und einzelne Verfahren u. a. Gahleitner/Hahn et al., 2013). Die dadurch entstehende unauflösliche Ambivalenz von Komplexitätsgewinn und Komplexitätsreduktion im diagnostischen Prozess hat Heiner (2010, 2013) mit dem Begriff „Diagnostisches Fallverstehen" zu fassen versucht. Auf dieser Basis kann eine individuell zugeschnittene Hilfeplanung bzw. Weitervermittlung sowie eine Behandlungsvernetzung durch Unterstützungsangebote aus dem sozialen und pflegerischen Bereich stattfinden.

Die Mitarbeiter(innen) des Teams der Heidelberger Tumorstation betreuen die Patient(inn)en dafür vom ersten bis zum letzten Tag, unterstützen die Krankheitsbewältigung sowie -verarbeitung und die Anpassung an die stark veränderte Lebenssituation der Patient(inn)en und ihrer sozialen Mitwelt. Neben der Begleitung bei medizinischen Behandlungen wird auch flexibel auf die Bedürfnisse nach Beratung im Hinblick auf Belastungen aller Art, wie z. B. verändertes Körper- und Wohlbefinden, Selbstkonzept, emotionales Ungleichgewicht, Konflikte in der Anpassung an die Institution Krankenhaus, Bedrohung des Lebens und Angst vor dem Sterben eingegangen. Alltagsnähe, Lebensweltorientierung, Integration und salutogenetische Orientierung auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells bieten dabei theoretische Konzeptbausteine für eine den Evaluationsergebnissen nach geglückte Versorgungsstrategie, die nicht an der Krankenhaustüre endet, sondern sich weit bis in die Nachsorge erstreckt.

Deutlich wurde bei der Evaluation: Eine bindungs- und vertrauenssensible professionelle Beziehungsgestaltung bildet das Zentrum der Tätigkeit der Fachkräfte. Auf der Basis einer dialogischen Grundhaltung müssen Patient(inn)en umfassend in ihrer „Selbst-Einbindungsfähigkeit und -motivation gefördert werden" (Pauls, 2013, S. 36). Die beziehungsorientierte Lotsenfunktion der Mitarbeiter(innen) des psychosozialen Dienstes erstreckt sich damit von der psychosozialen Begleitung am Krankenbett bis hin zu organisatorischen Tätigkeiten im Krankenhaus-Versorgungssystem mit seinen für Patient(inn)en oftmals verwirrenden Zuständigkeiten. Die persönlich geprägte Unterstützung soll Patient(inn)en und ihre Angehörigen unterstützen, während des Klinikaufenthalts und darüber hinaus auf emotionaler, kognitiver und handlungsbezogener Ebene,

konstruktiv mit der Erkrankung umzugehen – als eine wesentliche Voraussetzung für eine konstruktive Krankheitsbewältigung.

10.3.5 Klinische Sozialarbeit: quo vadis?

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass innerhalb des Felds Klinischer Sozialarbeit bereits eine substanzielle Basis von Forschung, Fachliteratur und bewährten Praxisbeispielen vorliegt, an die angeknüpft werden kann, um weitere Verstehens- und Handlungskonzepte theoretisch fundiert zu generieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Klinische Sozialarbeit setzt dabei im Kontrast zur Klinischen Psychologie und Medizin am Unterstützungspotenzial durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag an, ohne jedoch – im Sinne des doppelten Fokus – die individuelle oder klinische Perspektive aus den Augen zu verlieren. Dies unterscheidet die Herangehensweise der deutschen Klinischen Sozialarbeit deutlich von der amerikanischen Clinical Social Work, der zumindest in weiten Teilen eine Abwanderung in dyadische therapeutische Felder vorgeworfen wird, in denen der doppelte Fokus leicht aus dem Blick gerät. Die Maxime Beziehungs- und Strukturorientierung sowie Lebenswelt und Umfeldorientierung, der kontinuierliche Fokus auf die Biografie, die darin liegenden Ressourcen bei den Klient(inn)en und institutionelle Vernetzungs- und Kooperationschancen bieten dagegen – wie das vorangegangene Beispiel zeigt – zahlreiche Möglichkeiten erfolgreicher Unterstützung, jedoch auch eine Reihe von Herausforderungen für die Zukunft.

10.4 Gesellschaftliche Trends – professionelle Verortungen

An vier ausgewählten Aspekten verdeutlichen wir in diesem vorletzten Kapitel gesellschaftliche Trends.

10.4.1 Gesundheitsforderung und Selbstoptimierungszwänge

Gesundheit und Körpergestaltung scheinen in den letzten Jahrzehnten auf der Grundlage gesundheitstechnologischer Entwicklungen immer machbarer geworden zu sein. In zunehmendem Maße haben sich Gesundheit und Krankheit entgrenzt. Durch gesundheitsbezogene Angebote zum einen und Medikalisierung der Gesellschaft zum anderen haben sich die Vorstellungen zu Gesundheit und gesundem Aufwachsen ausgestaltet, expandieren, bekämpfen und überschneiden sich (vgl. Krajic et al., 2009, S. 7). Immer neue Ansätze zu körperlicher Fitness, Ernährungs- und

Esskulturen und spezifische Lebensstile haben für die verschiedenen Lebensalter vielfältige Märkte entstehen lassen. Die Menschen haben in diesem Informationsdschungel ihre eigene „Gesundheitskompetenz“ zu entwickeln. Konjunktur hat der schlanke, schöne und jugendlich wirkende Körper. Mit ihm werden Erfolg und Gesundheit assoziiert und als in hohem Maße erstrebenswert angesehen. Der leistungsfähige Körper ist weitgehend persönliche Aufgabe.

> „Auch staatliches Handeln, nicht zuletzt im Bereich der Sozialpolitik, setzt immer stärker auf das individuelle Risikomanagement anstelle von kollektiver Daseinsvorsorge. Ich bin für meine Gesundheit, meine Fitness, für meine Passung in die Wissensgesellschaft selbst zuständig – auch für mein Scheitern.“ (Keupp, 2010, S. 46)

Unbedacht bleibt: Die Gefahren zu scheitern sind in hohem Maße ungleich verteilt. Darüber hinaus wird auf diejenigen unduldsam reagiert, die vom Ideal eines in diesem Sinne als gesund definierten Lebens erheblich abweichen (vgl. Kickbusch, 2006). Überwiegend sind dies sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Im Kontext von Gemeinwesenarbeit oder auch außerschulischer Jugendbildung hat sich eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit gegen generalpräventive Formen von Healthismus zu wenden und dagegen die Agency stärkende Ansätze einzubauen, d. h. „Prozesse der Subjekt-Bildung anzuregen und zu unterstützen“ (Scherr/Sturzenhecker, 2013, S. 54). Auszugehen ist nicht von gesellschaftlichen Erwartungen, sondern von den Interessen und Vorstellungen der Adressat(inn)en.

10.4.2 Begriffskulturen

Aufgrund des weit gespannten Spektrums einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit finden sich sehr unterschiedliche Begriffskulturen. Teilweise stehen diese in Verbindung mit den verschiedenen Bezugsdisziplinen und geben Auskunft über unterschiedliche Professionsverständnisse. So verweisen die Bezeichnungen Patient(in), Klient(in), Kunde bzw. Kundin, Nutzer(in), Adressat(in), Akteur(in) auf unterschiedliche Gestaltungsvorstellungen und Asymmetrien in der professionellen Praxis der jeweiligen sozialen Dienste. Die Begriffe Kunde bzw. Kundin, Klient(in) und Patient(in)

> „transportieren Implikationen, die im gängigen Gebrauch verdeckt bleiben, der des Klienten seine Hierarchiehaltigkeit, der des Kunden die Suggestion vertragsförmiger Äquivalenz“ (Bitzan/Bolay, 2013, S. 36).

Beim Begriff Nutzer(in) wird unter Einbeziehung der gesellschaftlichen Rahmenbedingung das handelnde Subjekt zum Ausgangspunkt einer sozialen Dienstleistung. Der Begriff Adressat(in)

findet insbesondere in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit Verwendung, in dem es um die Passung der subjektiven Bedarfe und der institutionellen Angebote geht. Noch stärker betont der Begriff Akteur(in) die Handlungsmächtigkeit von Personen und Gruppen und stellt diese in den Mittelpunkt der jeweiligen Erbringungsleistungen. Damit ist nicht intendiert, die professionelle Leistung der Sozialen Arbeit zu dekonstruieren, sondern die Handlungsmächtigkeit der Akteure und Akteurinnen in ihren verschiedenen Facetten noch stärker zum Ausdruck zu bringen. Vor diesem Hintergrund verändert sich die Stellung des Professionellen im interaktionalen Kontext z. B. einer Hilfeplanung.

10.4.3 Interaktionsordnungen im Sinne eines relationalen sozialtheoretischen „Agency-Verständnisses“

In den gesundheitsberuflichen Landschaften der Sozialen Arbeit sind analog zu den unterschiedlichen Benennungskulturen auch die Interaktionsordnungen entsprechend unterschiedlich. Die Gestaltung der Interaktionsordnung steht im Zusammenhang mit der jeweils in situativen Kontexten erzeugbaren Handlungsmächtigkeit (vgl. Homfeldt, 2014, S. 65). Sie dreht sich mithin darum, wie sich Agency in Situationen zeigt. Wichtige Fragen sind dabei: Wer entscheidet? Wie gestaltet sich die Gesprächsteilhabe? Ist sie dialogisch oder eher reaktiv? Wer hat die Deutungshoheit? Mit welchen Methoden wird gearbeitet? Welche Bedeutung wird den Sichtweisen der Akteure und Akteurinnen zu sich selbst beigemessen? Die Interaktionsordnung ergibt sich aus dem Zusammenspiel wechselseitigen Wahrnehmens, Verstehens und Interpretierens auf der sprachlichen und nichtsprachlichen Ebene. Das Zusammenspiel gelingt am wenigsten dann, wenn mit Standardisierungen operiert wird. Erforderlich sind vielmehr situative Flexibilität und in diesem Zusammenhang

> „ein Perspektivenwechsel der Praxis, statt der Fokussierung eines Problems rücken als prinzipiell handlungsfähig verstandene Individuen in den Vordergrund, die gegebenenfalls Unterstützung benötigen“ (Bitzan/Bolay, 2013, S. 37).

Eine Perspektivausrichtung auf Selbstsichten und Eigensinn gelingt am ehesten im Bereich einer Gesundheitsarbeit im Sozialwesen und hier am ehesten in der Jugendarbeit bzw. Jugendbildung. In stationären Kontexten, etwa in der Heimerziehung, sind die Selbstaneignungsmöglichkeiten bewusst zu vermitteln, um Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, „Kontingenzen moderner Lebensformen durch eigene Entscheidungs- und Gestaltungsoption zu ‚meistern‘“ (Hanses/Homfeldt, 2009, S. 157; vgl. auch Alheit, 2000). Hanses (2007, S. 116–120) sieht als notwendigen

nächsten Schritt in dieser Gemengelage die Hinwendung zu einer „subjekttheoretischen Perspektive“ mit der Ermöglichung von „Aneignungsprozessen“ zugunsten einer „Autonomie der Lebenspraxis“.

10.4.4 Beziehungsorientierung als Kernkompetenz Sozialer Gesundheitsarbeit

Wirkungsvolle Angebote Sozialer Arbeit entfalten sich nur mithilfe eines vorhandenen Netzes von positiven Beziehungs- und Dialogangeboten. Diese beziehungsorientierte Komponente muss jedoch wiederum innerhalb der Lebenswelt verortet sein. Aus der Bindungsforschung, der Psychotherapie- und Beratungsforschung sowie aus der Forschung zu sozialer Unterstützung (vgl. Gahleitner, 2010, 2011) ist bekannt, dass qualifizierte Beziehungsarbeit sowie eine gute Einbettung in alltägliche soziale Netzwerke den Erfolg professioneller Begleitung prägen, insbesondere für „Hard-to-reach“-Klientel. Nur wenn Professionelle mit Phänomenen von Bindung, sozialer Unterstützung sowie eventuellen Problemlagen darin und Beziehungstraumata vertraut sind, können sie im Gesundheitsbereich adäquat Unterstützung anbieten. Bindungs- und Beziehungsarbeit innerhalb sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Kontexte erfordert im Kontrast zu psychologisch geprägten Konzepten jedoch eine besonders auf die Überwindung von Exklusionsprozessen ausgerichtete Kompetenz und Vorgehensweise.

Gerade im Gesundheitsbereich ist die Gefahr groß, dass destruktive Beziehungsmuster wiederholt werden und auch Hilfesysteme einen „desorganisierten Charakter“ (Schleiffer/Gahleitner, 2010) annehmen. Insofern haben „Unterstützungsquellen unserer Lebenswelt“ (Nestmann, 2000, S. 130) gerade in der globalisierten Welt benachteiligter Menschen als positiver Gegenhorizont eine bedeutsame Rolle für die Förderung psychosozialer Gesundheit.

> „Allzu schnell werden (...) Menschen, die wegen Schwierigkeiten in den Schutz von Institutionen geraten, auf die Rolle des Kranken, des Defizitwesens, des mit Störungen Behafteten festgelegt, und schließlich nehmen sie sich selbst auch nur noch so wahr.“ (Bosshard, 2007, S. 7)

In jenen Fällen hat Soziale Arbeit das Hauptgewicht auf Ressourcenförderung zu legen. Die zentralste Ressource, die bereitgestellt werden kann, ist eine tragfähige unterstützende Beziehung.

10.5 Ausblick

Auch für Menschen in Multiproblemlagen bleibt es Kernaufgabe der Sozialen Arbeit,

> „Subjekte und Lebenswelten, die mit ihren eigenen Ressourcen Lebenskrisen und Verunsicherungen nicht oder kaum aufzufangen vermögen, zu unterstützen und biographische Verunsicherungen als Folge von Desintegration aufzufangen" (Thole, 2005, S. 47).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit trägt in diesem Kontext die Verantwortung dafür, dass „das Zusammenwirken von sozialstrukturellen und psychosozialen Einflussfaktoren thematisiert und strukturiert werden kann" (Böhnisch, 2005, S. 203). Soziale Arbeit beinhaltet ein professionelles, biopsychosoziales Verständnis von Problemlagen, Krisenanfälligkeiten und Dynamiken, jedoch auch von Ressourcen der Klient(inn)en in sorgsam gestalteten interdisziplinären Zusammenhängen. Ein Zusammendenken interdisziplinärer Wissensbestände erweist sich als notwendige Voraussetzung, um umfangreiche und komplexe Gemengelagen aus Aufträgen und Beziehungen zwischen Klient(inn)en, Familien, Betreuungsfachkräften, stationären, ambulanten oder integrierten Betreuungskontexten und weiteren Beteiligten im Hilfesystem sorgfältig und sensibel abzuwägen und zu integrieren. Gesundheit ist ein „sozialer Herstellungsprozess" (Hanses/Richter, 2011, S. 138). Professionelle Hilfe – auch im Gesundheitsbereich – ist aus dieser Perspektive in erster Linie „soziale Praxis" (ebd., S. 137).

Literatur

Addams, J. (1923). *Settlementsarbeit. Wege zur Lebensgemeinschaft.* Reihe: Lebenspflege in Vergangenheit und Gegenwart. Bd. 3, Wien: Österreichischer Schulbücherverlag.

Alheit, P. (2000). *Biographie und ‚modernisierte Moderne': Überlegungen zum vorgeblichen ‚Zerfall' des Sozialen.* Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 1 (1), S. 151–166.

Alheit, P./Hanses, A. (2004). *Institution und Biographie. Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen.* In: Hanses, A. (Hrsg.): Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit. Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit. Bd. 9, Baltmannsweiler: Schneider, S. 8–28.

Auslander, G. (2001). *Social work in health care. What have we achieved?* Journal of Social Work, 1 (2), S. 201–222. http://jsw.sagepub.com/cgi/content/abstract/1/2/201 (20.10.2014).

Badura, B./Münch, E./Ritter, W. (1997). *Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch Motivationsverlust.* Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_19126_19127_2.pdf (20.10.2014).

Bähr, C. (2014). *Katastrophenhilfe – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit.* In: Bähr, C./Homfeldt, H. G./Schröder, C./Schröer, W. et al. (Hrsg.): Weltatlas Soziale Arbeit. Jenseits aller Vermessungen. Weinheim: Beltz Juventa, S. 109–123.

Becke, G./Wehl, R./Wetjen, A. (2014). *Überforderung im Ehrenamt sozialer Dienste. Gesundheitsförderung durch professionelle Koordination?* In: Bornewasser, M./Kriegesmann, B./Zülch, J. (Hrsg.): Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Produktivität, Arbeit und Management. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 259–275.

Bitzan, M./Bolay, E. (2013). *Konturen eines kritischen Adressatenbegriffs.* In: Graßhoff, G. (Hrsg.): Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Springer, S. 35–52.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). *Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.* Berlin: BMFSFJ. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf (20.10.2014).

Böhnisch, L. (2005). *Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit.* In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. überarb. u. aktual. Auflage, Wiesbaden: VS, S. 199–213.

Bosshard, M. (2007). *Die Entdeckung von Bildungserfahrungen als Quelle neuer Hoffnungen. Wie orientiert man sich an Ressourcen?* Klinische Sozialarbeit, 3 (1), S. 7–10.

Braches-Chyrek, R. (2013). *Jane Addams, Mary Richmond und Alice Salomon. Professionalisierung und Disziplinbildung Sozialer Arbeit.* Opladen: Budrich.

Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice and vision.* New York: Brunner/Mazel.

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2012). *Tradition hat Zukunft. Stationen zur Entwicklung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG).* 3. akt. Auflage, Berlin: DVSG. http://dvsg.org/fileadmin/dateien/01Die_DVSG/2012TraditionWeb.pdf (20.10.2014).

Felitti, V. J. (2002). *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei.* Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48 (4), S. 359–369.

Franzkowiak, P. (2009). *Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung. Standortbestimmung und Praxisübersicht.* Prävention, 32 (3), S. 66–69.

Franzkowiak, P./Homfeldt, H. G./Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit.* Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit. Weinheim: Juventa.

Friebertshäuser, B./Jakob, G. (2005). *Forschungsmethoden: qualitative.* In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 3., unveränd. Auflage, München: Reinhardt, S. 576–591 (letzte völlig überarb. Auflage 2001).

Gahleitner, S. B. (2010). *„Ohne sie wäre ich sicher nicht mehr da ...“ – Suizidalität, Komplextrauma und Beziehung.* In: Ortiz-Müller, W./Scheuermann, U./Gahleitner, S. B. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2. überarb. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 308–319.

Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B. (2012). *Klinische Sozialarbeit*. In: Schlüter-Müller, S./Schmid, M./Rensch, K./Tetzer, M. (Hrsg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 90–109.

Gahleitner, S. B. (2014). *Bindung biopsychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit*. In: Trost, A. (Hrsg.): Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsgebiete. Dortmund: Borgmann, S. 55–72.

Gahleitner, S. B./Becker-Bikowski, K. (2007). *Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Tumorpatienten in der MKG-Chirurgie – Beitrag des Kliniksozialdienstes zur psychosozialen Versorgung*. In: Engelke, E./Maier, K./Steinert, E./Borrmann, S. et al. (Hrsg.): Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung. Freiburg: Lambertus, S. 123–127.

Gahleitner, S. B./Becker-Bikowski, K./Schiel, R. (2008). *Quality of life of tumour patients following surgery and reconstruction of the oro-mandibular region. The contribution of the hospital clinical social work service to psycho-social care*. In: Huber, G. L. (Hrsg.): Qualitative approaches in the field of psychology. Reihe: Qualitative Psychology Nexus, Bd. 7, Schwangau: Ingeborg Huber, S. 81–94. http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2008/2350/pdf/nexus_7.pdf (20.10.2014).

Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 1, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hrsg.) (2009). *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis*. Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 2, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hrsg.) (2010). *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen*. Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 3, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hrsg.) (2012). *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten*. Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 4, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.) (2013). *Psychosoziale Diagnostik*. Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 5, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.) (2014). *Psychosoziale Interventionen*. Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 6, Köln: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B./Hintenberger, G./Leitner, A. (2013). *Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision*. Resonanzen, 1 (1), S. 1–14. http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/188/122 (20.10.2014).

Gahleitner, S. B./Homfeldt, H. G. (2013). *Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n)*. In: Fischer, J./Kosellek, T. (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Reihe: Edition soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 494–516.

Gahleitner, S. B./Mühlum, A. (2010). *Klinische Sozialarbeit*. In: Bock, K./Miethe, I. (Hrsg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen: Budrich, S. 490–499.

Gahleitner, S. B./Ortmann, K. (2006). *Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach ‚sozialer Realität'*. Klinische Sozialarbeit, 2 (Sonderausgabe), S. 40–44. http://www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf (20.10.2014).

Gahleitner, S. B./Pauls, H. (2010). *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen*. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. überarb. Auflage, Wiesbaden: VS, S. 367–374.

Gugutzer, R. (2012). *Verkörperungen des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen*. Reihe: KörperKulturen. Bielefeld: transcript.

Hanses, A. (2004). *Einleitung*. In: Hanses, A. (Hrsg.): Biografie und Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 1–5.

Hanses, A. (2007). *Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis*. In: Homfeldt, H. G. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben? Reihe: Soziale Arbeit aktuell. Bd. 9, Baltmannsweiler: Schneider, S. 113–123.

Hanses, A. (2010). *Professionalisierung Sozialer Arbeit – Fragmente einer reflexiven Positionsbestimmung*. Zeitschrift für Sozialpädagogik, 8 (4), S. 357–375.

Hanses, A. (2011). *Biographie und Subjekt – Annäherungen an einen komplexen und widerspruchsvollen Sachverhalt*. In: Herzberg, H./Kammler, E. (Hrsg.): Biographie und Gesellschaft. Überlegungen zu einer Theorie des modernen Selbst. Reihe: Biographie- und Lebensweltforschung des Interuniversitären Netzwerkes Biographie- und Lebensweltforschung. Bd. 10, Frankfurt: Campus, S. 333–349.

Hanses, A. (2012). *Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis*. In: Hanses, A./Sander, K. (Hrsg.): Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 35–51.

Hanses, A./Homfeldt, H. G. (2009). *Biografisierung der Lebensalter in Zeiten eines sich transformierenden Wohlfahrtsstaates. Herausforderung und Optionen für die Soziale Arbeit*. In: Kessl, F./Otto, H.-U. (Hrsg.): Soziale Arbeit ohne Wohlfahrtsstaat? Zeitdiagnosen, Problematisierungen und Perspektiven. Weinheim: Juventa, S. 149–164.

Hanses, A./Richter, P. (2011). *Die soziale Konstruktion von Krankheit. Analysen biographischer Selbstthematisierungen an Brustkrebs erkrankter Frauen und ihre Relevanz für eine Neubestimmung professioneller Praxis*. In: Oelerich, G./Otto, H.-U. (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS, S. 137–150.

Hartmann, A. (2010). *Wenn der Körper nicht mehr mitspielt: Gesundheit und Krankheit aus der Perspektive der soziologisch en Inklusionsforschung*. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 35 (1), S. 45–61.

Heiner, M. (2010). *Diagnostik in der Sozialen Arbeit: Zielsetzung, Gegenstand und Dimensionen*. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 41 (4), S. 14–28.

Heiner, M. (2013). *Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit*. In: Gahleitner, S. B./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 5, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 18–34.

Hensen, G. (2011). *Gesundheitsverhalten und Ungleichheit zwischen individueller Freiheit und gesellschaftlichen Implikationen*. In: Hensen, P./Kölzer, C. (Hrsg.): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen. Wiesbaden: VS Verlag, S. 207–227.

Homfeldt, H. G. (2014). *Agency und psychosoziale Intervention*. In: Gahleitner, S. B./Hahn, G./Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Interventionen. Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 6, Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 54–70.

Homfeldt, H. G./Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt.

Kessl, F. (2013). *Soziale Arbeit in der Transformation des Sozialen. Eine Ortsbestimmung*. Reihe: Transformation des Sozialen – Transformation sozialer Arbeit. Bd. 1, Wiesbaden: Springer VS.

Keupp, H. (2010). *Das erschöpfte Selbst – Umgang mit psychischen Belastungen*. In: Keupp, H./Dill, H. (Hrsg.): Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt. Reihe: Reflexive Sozialpsychologie. Bd. 6, Bielefeld: transcript, S. 41–60.

Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Werbach-Bamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Klüsche, W. (1999). *Zum Gehalt der für die Bestimmung des Gegenstandes Sozialer Arbeit verwendeten Begriffe.* In: Klüsche, W. (Hrsg.): Ein Stück weitergedacht: Beiträge zur Theorie und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus, S. 44–49.

Krajic, K./Forster, R./Mixa, E. (2009). *Die „Gesundheitsgesellschaft" – eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie? Eine Einführung*. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 14 (2), S. 3–12.

Labonté-Roset, C./Hoefert, H.-W./Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.

Meyer-Abich, K. M. (2010). *Was es bedeutet, gesund zu sein. Philosophie der Medizin*. München: Hanser.

Mielck, A. (2011). *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA, o. S. http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=622d06170f2bbbc8c579abfb1706f3e1&id=angebote&idx=165 (20.10.2014).

Mühlum, A. (2005). *Gestufte Fachlichkeit. Strukturwandel der Sozialen Arbeit im intraprofessionellen und gesellschaftlichen Kontext*. psychosozial, 28 (3), S. 9–15.

Nestmann, F. (2000). *Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfen im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung*. In: Sting, S./ Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 128–146.

Ortmann, K./Röh, D. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.

Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.) (2005). *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit. Bd. 13, Baltmannsweiler: Schneider.

Pauls, H. (2013). *Psychosoziale Beratung als Antwort auf aktuelle Entwicklungen*. In: Gahleitner, S. B./ Maurer, I./Ploil, E. O./Straumann, U. (Hrsg.): Personzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personzentrierter Beratung. Weinheim: Beltz Juventa, S. 164–174.

Pauls, H./Stockmann, P./Reicherts, M. (Hrsg.) (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.

Paulus, P. (2010). *Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern*. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht: Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Deutsches Jugendinstitut, S. 535–607.

Reinicke, P. (2008). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder*. Reihe: Sonderdrucke und Sonderveröffentlichungen. Bd. 44, Berlin: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.

Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.

Richmond, M. E. (1922). *What is social casework?* New York: Sage.

Ries, H. A./Elsen, S./Steinmetz, B./Homfeldt, H. G. (Hrsg.) (1997). *Hoffnung Gemeinwesen. Innovative Gemeinwesenarbeit und Problemlösungen in den Bereichen lokaler Ökonomie, Arbeitslosigkeit, Gesundheit, Benachteiligung*. Neuwied: Luchterhand.

Sachße, C./Tennstedt, F. (2012). *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Bd. 4: Fürsorge und Wohlfahrtspflege in der Nachkriegszeit 1945-1953*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2010). *Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht*. München: DJI.

Salomon, A. (1998). *Grundlegung für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege*. In: Thole, W./Galuske, M./Gängler, H. (Hrsg.): KlassikerInnen der Sozialen Arbeit. Sozialpädagogische Texte aus zwei Jahrhunderten – ein Lesebuch. Neuwied: Luchterhand, S. 131–145 (Original erschienen 1928).

Salomon, A. (2002). *Soziale Diagnose*. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule (Original erschienen 1926).

Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.

Scherr, A./Sturzenhecker, B. (2013). *Selbstbestimmte Lebensführung und Demokratiebildung. Oder: Warum es immer noch wichtig ist, Jugendarbeit als Ort emanzipatorischer Bildungsprozesse zu gestalten*. In: Spatscheck, C./Wagenblass, S. (Hrsg.): Bildung, Teilhabe und Gerechtigkeit. Gesellschaftliche Herausforderungen und Zugänge Sozialer Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 54–76.

Schleiffer, R./Gahleitner, S. B. (2010). *Schwierige Klientel oder schwierige Helfende? – Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit*. In: Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bd. 3, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 197–213.

Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS.

Thole, W. (2005). *Soziale Arbeit als Profession und Disziplin*. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. überarb. u. aktual. Auflage, Wiesbaden: VS, S. 13–60.

Thyen, U. (2012). *Kinder und Jugendliche mit chronischen Gesundheitsstörungen: gesundheitsbezogene Versorgung und Unterstützung für eine gute Teilhabe*. In: Gahleitner, S. B./Homfeldt, H. G. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz. Weinheim: Juventa, S. 75–96.

Waller, H. (2007). *Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis*. 6. überarb. u. erw. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

WHO – World Health Organization (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (20.10.2014).

Wilkinson, R. G./Pickett, K. (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. 3. erw. Auflage, Berlin: Tolkemitt bei Zweitausendeins (englisches Original erschienen 2009).

11 Kommt es zur Professionalisierung von Wellnessberufen?

PETER KALKOWSKI; GERD PAUL

Seit Jahren wird dem Wellnesssektor eine wachsende Bedeutung zugesprochen: Aus ihm könnten sich neue, beschäftigungsintensive Berufe entwickeln, und er könne ein Fülle von Dienstleistungen für die Nachfrage des wachsenden Zweiten Gesundheitsmarkts generieren. Damit stellt sich die Frage nach Voraussetzungen für den Zugang zu diesem Arbeitsmarktsegment und den Anforderungen an die in ihm Beschäftigten. Gibt es bei den Wellnessberufen eine Tendenz zu höherer Qualität der Ausbildung und überprüfbaren Standards, die Voraussetzungen einer Professionalisierung sein können? Wir sind der Professionalisierungsfrage in einer empirischen Untersuchung von Wellnessanbietern nachgegangen. Die heterogenen Qualifikationen der befragten Wellnessbeschäftigten, die zersplitterten Regelungsstrukturen der den Wellnesssektor dominierenden Schulberufe und die damit verbundene geringe Vereinheitlichung und Institutionalisierung von Ausbildungswegen sind Hindernisse einer zunehmenden Professionalisierung. Zudem tragen die unklare Stellung zu anderen Heilberufen, der mangelnde Bezug zur Wissenschaft und die vielfältigen esoterischen Angebote zur Unschärfe der Berufsbilder der Wellnessbeschäftigten bei.

11.1 Wellness – ein neuer, boomender Dienstleistungsmarkt?

Neben dem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen, dem *Ersten Gesundheitsmarkt*, hat sich inzwischen ein *Zweiter Gesundheitsmarkt* entfaltet, der zusätzlich Wellness-Dienstleistungen umfasst. Er wird privat finanziert und auf ca. 70 Mrd. Euro für Produkte und Dienstleistungen taxiert (vgl. FOCUS, 2005; TNS Infratest, 2008; Kartte/Neumann, 2009). Prinzipiell kennt der Bedarf an Gesundheits- und Wellness-Dienstleistungen keine Grenzen, da es sich bei Krankheit und Gesundheit nicht etwa nur um objektive Gegebenheiten, sondern auch um soziale und kulturelle Konstruktionen handelt (vgl. Brunnett, 2009). Die Formen, in denen Menschen sich mit dem Körper und der Gesundheit beschäftigen, haben sich seit den 1970er-Jahren stark verändert: Der Gesundheitsmarkt verknüpft das Gesundheitsbedürfnis mit der Produktion von Lebensstilen. Das durch die Belastungs- und Stresspotenziale der modernen Arbeits- und Lebenswelt geförderte Bedürfnis nach Entschleunigung, Entspannung, Regeneration, körperlichen und seelischen Streicheleinheiten wird komodifiziert.

Die Zukunft des Wellnessbereichs und die ausgeübten Tätigkeiten hängen auch davon ab, wie sich das Verhältnis zwischen dem erstem und dem zweitem Gesundheitsmarkt entwickeln wird. Dabei spielen politische Richtungsentscheidungen eine herausragende Rolle. Zugespitzt geht es um die Frage: *Ausbau oder Privatisierung des öffentlichen Gesundheitssektors?* In der Diskussion über die Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarkts dominieren Positionen, die diesem Markt hohe Wachstumspotenziale zuschreiben (vgl. Kickbusch, 2004; Goldschmidt/Hilbert, 2009). Hier ist allerdings Skepsis angebracht, weil bei der Zuordnung von Produkten und Dienstleistungen zum Zweiten Gesundheits- oder zum Wellnessmarkt große Interpretationsspielräume vorhanden sind (vgl. Kartte/Neumann, 2007, 2009; Goldschmidt/Hilbert, 2009).

Wellnessanbieter betonen mehrheitlich gegenüber der nachsorgenden Pathogenese und der auf die Behandlung von Krankheiten fixierten Medizin die auf Gesunderhaltung gerichtete *Salutogenese* (Hurrelmann/Razum, 2012; Bengel et al., 2001). Wellness in diesem Sinne ist ein alternatives Gesundheits- und Lebensstilkonzept, das die Steigerung des körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens zum Ziel hat und auf den Prinzipien Ganzheitlichkeit, Eigenverantwortung und Prävention beruht (vgl. Travis/Ryan, 2004; Miller, 2005). Die Begründung einer dafür notwendigen eigenen Wissensbasis, die auf Ergebnissen von Forschungen und Befunden zum Salutogenesemodell, zu Gesundheitsförderungskonzepten, Public Health, Alternativ- und Komplementärmedizin aufbaut, steht noch aus und macht es nicht möglich, einen eindeutigen Wellnessbegriff zugrunde zu legen. Ein entsprechender Wissensfundus müsste erst einmal ausgearbeitet, institutionell eingebettet, an Hochschulen gelehrt und zu angrenzenden Disziplinen und Studiengängen in Beziehung gesetzt werden. Über den aktuellen Wellness-Arbeitsmarkt gibt es keine verlässlichen Daten. Nach unserem Eindruck wird er aber von Absolventen von Gesundheitsberufen mit mittleren Qualifikationen und von wellnessspezifischen Schulberufen dominiert (vgl. Kyrer/Populorum, 2006). Mit Blick darauf kann bezweifelt werden, dass es im Wellness-Arbeitsmarkt eine große Nachfrage nach Absolventen mit akademischen Berufsabschlüssen und entsprechenden Gehaltsansprüchen gibt.

Da Wellness-Dienstleistungen außerhalb des geregelten ersten Gesundheitsmarkts angeboten werden, gibt es auch keine strengen, staatlich festgelegten Kriterien für die Berufsausübung wie in den Berufen des traditionellen Gesundheitssektors. Dies kann als Chance aufgefasst werden, denn die Entwicklung von Tätigkeiten der Computer- und Informationstechnik zeigt, dass darin lange Zeit akademische Quereinsteiger und technikaffine, selbsternannte Experten ohne Informatik- oder andere fachlich einschlägige Studien ihren vergleichsweise privilegierten Platz im Arbeitsmarkt gefunden haben (vgl. Licht et al., 2001). Ähnlich „barrierefreie" Zugangswege

zu einer auskömmlichen Arbeit hatten Berater (vgl. Nestmann/Engel, 2004) und Coaches (vgl. Kühl, 2006).

Das Beispiel der Beschäftigten in der Datenverarbeitung zeigt, dass sich nach einer ersten Phase der Befriedigung des gesellschaftlichen Bedarfs und der Kundenbedürfnisse durch selbsternannte Experten, die die Probleme erwerbsförmig bearbeiten, die Angebots- und Nachfrageseite ausdifferenziert. Aus dem Programmierer und Informatikexperten der ersten Stunde wird z.B. der speziell ausgebildete und professionell weitergebildete Systementwickler, SAP-Fachmann, Software-Architekturspezialist oder Microsoft Certified Engineer. Durch Aus- und Weiterbildungen außerhalb der Hochschule kommt es zur „Schließung mancher Tätigkeitsfelder“ (Schinzel/Ruiz Ben, 2004, S. 443). Es wird in dem Sinne professionalisiert, dass Ausbildungsgänge institutionalisiert werden, Aus- und Weiterbildungsinstitute Angebote für spezielle Berufsprofile machen, allgemeine Ausbildungsstandards und Qualitätsmaßstäbe festgelegt werden und diese durch Zertifikate, die privilegierte oder exklusive Zugänge zu Klienten schaffen, dokumentiert werden. Verstärkt werden diese Schließungsprozesse durch die Festlegung verbindlicher Zugangskriterien für die berufliche Aus- und Weiterbildung, sowie durch die Etablierung von Berufsverbänden (vgl. Beck et al., 1980; Kurtz, 2005).

Eine derartige Professionalisierung durch die Institutionalisierung der Aus- und Weiterbildung (die das Matching von Qualifikations- und Stellenanforderungsprofilen ermöglicht) scheint ein allgemeines Muster der erfolgreichen Etablierung neuer Berufe zu sein, die sich als Reaktion auf gesellschaftliche Nachfrage und neue Bedürfnisse entwickeln (vgl. Hartmann/Hartmann, 1982; Kurtz, 2005). Voraussetzung ist allerdings, dass es maßgebende Akteure wie Verbände, Bildungsanbieter und -institutionen gibt, die sich über Ziele verständigen und das Tempo der Professionalisierung mitbestimmen.

11.2 Anlass und Anlage der Untersuchung

Grundlage unserer Ausführungen ist eine Untersuchung, die im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ angesiedelt war. Aufgabe der Forschung bestand in diesem Schwerpunkt darin, „Treiber und Hemmnisse zu identifizieren, die die Professionalisierung und Fachlichkeit von Dienstleistungsarbeit fördern und behindern“ (Zühlke-Robinet/Bootz, 2010, S. 177). Dabei sollte die Untersuchung sich bevorzugt auf das „mittlere Qualifikationsniveau“ konzentrieren. Wir haben diese Aufgabe auf die personenbezogenen Dienstleistungen der Wellnessbranche bezogen und damit auf ein Tätigkeitsfeld, in dem es

bislang keine etablierten Berufsprofile gibt. Es konnte davon ausgegangen werden, dass sich an der sich dynamisch entwickelnden Wellnessbranche exemplarisch und *in statu nascendi* beobachten lässt, ob es zu einer Professionalisierung neuer Dienstleistungen kommen kann.

11.3 Durchführung der Untersuchung

Schwerpunkt der empirischen Erhebungen zu Wellness-Dienstleistungen war die *Dienstleistungstriade*, bestehend aus

1) Dienstleistungsnehmern (Patienten/Kunden/Klienten),
2) Dienstleistungsgebern (Beschäftigte, Alleinselbstständige) und
3) Wellnesseinrichtungen (Hotels, Thermen, Praxen, Studios).

Genutzt wurde ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden. Wellnessanbieter wurden mit einem teilstrukturierten Fragebogen und in offenen Interviews befragt; Die jeweiligen Sichtweisen wurden miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt zu den Aussagen der Kunden bzw. Dienstleistungsnehmer. Dazu kamen noch Experteninterviews (Leitfadeninterviews) mit Bildungsanbietern, Berufsbildungsforschern, Akteuren des Tourismus- und Gesundheitssektors sowie Verbandsvertretern.

■ standardisierte Befragungen (strukturierte Telefon-, Online-, schriftliche Befragungen)

149	Dienstleistungsnehmer (Kunden von Wellnesshotels, Wellnessthermen)
63	Dienstleistungsgeber (Beschäftigte/Alleinselbstständige)
110	Einrichtungen (49 Hotels, 19 Thermen, 28 Praxen, 14 Kosmetikstudios)
82	Managementvertreter von Wellnesseinrichtungen

■ qualitative Methoden: 30 Expertengespräche
Vertreter von Verbänden, Bildungsanbietern, Berufsbildungsforschung, Tourismus, Administration

Tabelle 11.1: Sample – empirische Basis der Untersuchung (eigene Angaben)

11.4 Wellnessarbeit

Die Arbeit in der Wellnessbranche ist eine personenbezogene Dienstleistung. Sie bezieht sich auf drei Bereiche (vgl. Borowiec/Janssen, 2010, S. 21):

- Massagen und Körperbehandlungen
- Bäder und Saunen
- Kosmetikbehandlungen und -anwendungen

Dabei wird eine auf Körper und Psyche wirkende *Interaktionsarbeit* geleistet (vgl. Dunkel/Weihrich, 2003; Hacker, 2009; Böhle et al., 2010). Hacker nennt diese Form der interaktiven Arbeit „dialogisch erzeugende Arbeit“, denn „im anderen Subjekt wird ein von diesem benötigter oder erwünschter Prozess angestoßen bzw. befördert, gegebenenfalls unter dessen Mitarbeit“ (Hacker, 2006, S. 17).

Interaktionsarbeit ist „immer eine Ko-Produktion zielgerichtet handelnder Akteure (DienstleistungsgeberIn und DienstleistungsnehmerIn) und damit ein Interaktionsprozess mit prinzipiell offenem Ausgang. Diese prinzipielle Offenheit ist allerdings eingebettet in den organisationalen Rahmen in dem die Dienstleistungsarbeit stattfindet, d. h. Dienstleistungsgeber und -nehmer agieren unter spezifischen Bedingungen“ (Dunkel et al. 2004, S. 24).

Die Dienstleistungsbeziehung wird im Wesentlichen von vier Elementen beeinflusst:

- durch den Dienstleistungsgeber sowie -nehmer,
- den bearbeiteten Arbeitsgegenstand (in diesem Fall der Körper des Patienten) und
- den organisationalen Rahmen.

Letzterer hängt vom Verhältnis von erstem und zweiten Gesundheitsmarkt und dessen Entwicklung ab.

Die Arbeit mit dem Klienten ist grundsätzlich Einzelarbeit. Die *Performance* des Wellnessdienstleisters kann in der Intimität der Behandlungskabine nicht kontrolliert werden. Nur nachträgliche Kommentare oder Beschwerden der Kunden können Hinweise auf Defizite geben.

In den untersuchten Hotels und Thermen waren es in der Regel mehrere Beschäftigte, die ihre Arbeit aufeinander abstimmen müssen. Sie müssen in der Lage sein, flexibel bei hohem Arbeitsanfall einzuspringen und die Arbeit eines anderen zu übernehmen. Es gibt so gut wie immer eine Leitung der Wellnessabteilung, die die Arbeit einteilt und koordiniert. Von allen Beschäftigten wird eine hohe persönliche Flexibilität erwartet, etwa die Bereitschaft, an Wochenenden oder spät

abends zu arbeiten. Dies ist eine der Hauptbelastungen der Beschäftigten, die sich trotz Konstatierung eines überwiegend mittleren und hohen Belastungsniveaus in ihrer Arbeit wohlfühlen und mit ihr weitgehend zufrieden sind. Die Flexibilität, sich zeitlich nach den Kundenwünschen zu richten, ist für Alleinselbstständige (die oft z. B. auch am Wochenende arbeiten) ein Konkurrenzvorteil gegenüber anderen Anbietern mit traditionell festen Arbeitszeiten. Grundsätzlich ist die Arbeit im Wellnessbereich aufgrund der wechselnden Kundenanforderungen also im hohen Maße von zeitlicher Flexibilität beim Arbeitseinsatz geprägt.

Nach unseren Felderfahrungen in den besuchten Betrieben scheint ein gutes, spannungsfreies und kollegiales Arbeitsklima der Normalfall zu sein, sicher auch begünstigt durch die relativ kleine Anzahl der Mitarbeiter, die kurzen Wege und die positiven Rückmeldungen der Kunden im Anschluss der Behandlung.

11.5 Profession und Professionalisierung

Die wissenschaftliche Literatur reserviert den Begriff *Profession* traditionell für akademische Berufe. Professionen zeichnen sich demnach aus durch (vgl. Hesse, 1968; Daheim, 1970; Stichweh, 1996; Freidson, 2001; Pfadenhauer, 2005; Pfadenhauer/Scheffer, 2009):

1) selbst generiertes wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen und eine spezielle Fachterminologie,
2) lang andauernde, theoretisch fundierte Ausbildungsgänge auf akademischem Niveau (Berechtigung zur Berufausübung gekoppelt an Examen und Titel),
3) berufsständische Normen (code of ethics) und eine gesetzliche Beschränkung des Eigeninteresses,
4) ein exklusives Monopol für die Handlungskompetenz; Monopolisierung von Zuständigkeiten,
5) hohe Autonomie in der Berufsausübung; Selbstkontrolle der Arbeitsbedingungen,
6) selbst generierte Standards der Leistungsbewertung und deren Kontrolle,
7) die Ablehnung einer Laienkontrolle und Interessenvertretung durch Berufsverbände,
8) die Definition der Anforderungen und Zugangswege (inkl. der Definitionsmacht für die Berufsausbildung).

Pate bei diesem Professionsverständnis standen Ärzte und Juristen. Diese Engführung auf die Merkmale der klassischen akademischen Freiberufler wird durch Argumente einer tendenziellen Deprofessionalisierung durch veränderte Rahmenbedingungen (Legitimations- und Autonomieverlust, zunehmende Steuerung durch Markt und Bürokratie) relativiert (Exworthy/Halford, 1999; Vogd, 2002; Bollinger/Gerlach, 2008, Pundt, 2012).

Es ist nicht sinnvoll, Berufe an der Erfüllung der Vollständigkeit von Merkmalen der klassischen Professionen zu messen. Der Ansatz der Merkmalslisten kann das Problem der Grenzziehung nicht beantworten: Ab wie vielen vorhandenen Merkmalen definiert man einen Beruf als *semiprofessionell* oder *nicht professionell*, und welche Gewichtung haben die einzelnen Merkmale? Neue Berufe, die sich erst am Markt bewähren müssen, haben per se keine Historie der Herausbildung von festen Verbandstrukturen und kodifiziertem Spezialwissen und dessen Verankerung im akademischen Kontext.

In neueren Konzepten werden Professionen inzwischen immer häufiger mit *wissensbasierten Berufen* gleichgesetzt (vgl. Heidenreich, 1999; Evetts, 2003; Heisig, 2005). Diese zeichnen sich dadurch aus, dass diffus oder ergebnisoffen definierte Anforderungen im Rückgriff auf abstrakte Konzepte und spezielle Problemlösungsstrategien erfüllt werden müssen. Professionelles Handeln im engeren Sinn ist demnach gekennzeichnet durch den Bezug auf eine spezifizierte Wissensbasis, die Erklärungs- und Handlungswissen bereitstellt, sowie durch fachliche Standards für ein angemessenes Verhalten sorgt. Über ein solches Wissen und anerkannte fachliche Standards verfügen in der Regel nur Personen, die eine entsprechende Ausbildung absolviert und praktische Erfahrungen gesammelt haben. Erst das erlaubt ihnen die fachgerechte Ausführung beruflicher Handlungen.

Brante (2011) argumentiert, dass – wenn man am Professionalisierungsbegriff festhalten will – der Wissenschaftsbezug ein wesentliches Element ist. Professionelle verfügen über ein „ontologisches Modell“ des Gegenstands, das als Modell aus einem „set of ordered elements and relations“ besteht (2011, S. 11) und durch Kategorien, Klassifikationen, Kausalannahmen, theoretische Konstrukte und wissenschaftliche Denkstile und Traditionen Brücken zwischen Theorie und Beobachtung schlägt. Es kann nicht nur auf Alltagserfahrung und Common Sense beruhen. Im ontologischen Modell verbinden sich durch Experiment und Beobachtung erlangtes und durch Forschung erneuertes wissenschaftliches Wissen mit der professionellen Praxis und der Erfahrung von eigenen Interventionen in die Realität. Das Wissen macht es möglich, Kontexte und zugrunde liegende Strukturen zu thematisieren, ebenso stellt es Mechanismen der Identifizierung und Klassifizierung der beobachtbaren Phänomene bereit. „Professions” sind „occupations con-

ducting interventions derived from scientific knowledge of mechanisms, structures and contexts“ (Brante, 2011, S. 17).

Brante (2011, S. 19) geht davon aus, dass das professionelle Wissen von Dienstleistern dem Typ des kontextorientierten Wissens zuzuordnen ist, das in den individuellen Kontext des Klienten eingreift und seine Lebenswelt und sein soziales Umfeld verstehen muss. Dieser Ansatz bildet eine Brücke zu dem Oevermann‘schen Konzept des professionellen Handelns. Es betont Interaktions- und Selbstreflexionskompetenz in der beruflichen Praxis und macht sich für den Aufbau eines Arbeitsbündnisses stark macht, in dem der Klient in seiner Individualität ernst genommen wird und der Therapeut sich im Sprachspiel des Klienten und dem der wissenschaftlichen Community bewegen kann (vgl. Oevermann, 1995). Die Problembearbeitungs- und Deutungsarbeit betont auch Stichweh (2005, 2008), der die Arbeit des Professionellen als Problembearbeitung des Klienten (Leistungsrolle) sieht, die dieser selbst nicht lösen kann. Er nimmt die Komplementärrolle des Kranken oder Klienten ein.

Professionalisierung ist ein Prozess und bezeichnet zunächst allgemein den Übergang von Tätigkeiten zu einer Arbeit, die überprüfbaren (und einklagbaren) Qualitätsstandards unterliegt (vgl. Mieg, 2005, S. 342). In ihr werden die Berufsausbildung und die Entwicklung der professionellen Wissensbasis systematisiert und institutionalisiert. Bezieht man die drei Kriterien

1) Wissenschaftsorientierung/systematischer Bezug zur Wissensbasis,
2) strukturierte Intervention und
3) Verstehen der Lebenswelt des Klienten

als Minimalvoraussetzungen einer Professionalisierung auf bestehende Gesundheitsberufe der mittleren Qualifikationsebene, so lässt sich zumindest bei Physiotherapeuten davon ausgehen, dass sie weitgehend professionalisiert sind, denn:

1. Sie lernen in der Ausbildung gesundheitsphysiologische Grundlagen über Krankheitsbilder, wissenschaftliche Tatsachen der Anatomie und der „Mechanik“ des Körpers.
2. Sie kennen die Möglichkeiten der Intervention bei Abweichungen vom Modell des gesunden Körpers.
3. Sie müssen das Anliegen des Klienten verstehen, in erprobte Behandlungsschritte übersetzen und ein Arbeitsbündnis mit ihm eingehen.

Allerdings ist der Wissenschaftsbezug beschränkt auf medizinisch-anatomisches Grundlagenwissen. In der Ausbildung wird mehr Know-how als Know-why-Wissen vermittelt (vgl. Walkenhorst, 2006).

Bei neuen Berufen des Wellnesssektors wie der des Wellnesstrainers oder Wellnesstherapeuten kann nach unseren Ergebnissen davon ausgegangen werden, dass sie ein enges Verhältnis zu den Kunden haben (Kriterium 3) bzw. versuchen, ihn in seinem Sinnhorizont zu verstehen. Sie akzeptieren seine Bedürfnisse, versuchen ihm lebenspraktische Orientierungen zu geben und verfügen über die „Übersetzungskompetenz“, seine Bedürfnisse in Behandlungsschritte zu überführen. Auch Wellnessbeschäftigte nehmen, genau wie Physiotherapeuten, eine strukturierte Intervention vor (Kriterium 2).

Es ergibt sich die Frage nach dem wissenschaftlichen Fundament (Kriterium 1) der in der Praxis bewährten Behandlungstechniken der Wellnessanbieter. Existieren Standards für ein gutes Gelingen? Sind sie wissenschaftlich (oder von einer anderen neutralen Außenbeobachtungsinstanz) abgesichert? Kann man sie – auch wenn sie handwerkliche Kunstfertigkeit erfordern systematisch erlernen? Und lässt sich der Lernerfolg in Abschlüssen und Zertifikaten dokumentieren? Universelle Standards erlauben ein kontrolliertes und überprüfbares Vorgehen und sind damit eine Voraussetzung für Professionalität. Deren Geltung lässt sich angesichts der Vielzahl der Techniken und Methoden, die z. B. aus asiatischen Kontexten herausgenommen und zu schnell handhabbaren Behandlungsweisen umgeformt wurden (Beispiel Aryuveda-Massagen), bezweifeln. Ein Teil der von uns Befragten unterlegt seine Behandlung mit Sinnangeboten aus der Welt der Esoterik. Es wird ein „geheimes“, nur dem Eingeweihten zugängliches Wissen zum Wohle des Klienten mobilisiert. Eine Ausrichtung der Behandlungsweisen und -methoden am Stand der Wissenschaft fehlt weitgehend.

Lee (2005) argumentiert, dass für Wellnessangebote definitorisch unscharfe Grenzen ihres Einsatzes und ihrer Wirkung und die Ausrichtung auf „hybride“ Praktiken typisch sind, also die Zusammenführung mehrerer existierender Praktiken, denen dann neue Eigenschaften zugeschrieben werden. Er zeigt anhand von Aryuveda, TCM (traditionelle chinesische Medizin), Meditation und Yoga, dass in ihnen Philosophie, Heilkunst und Körperübungen zusammen kommen. Diese Praktiken und die Ausbildung unterliegen Lee zufolge aber weder staatlicher Regulation (wie bei Gesundheitsprofessionals), noch werden ihre Anwendungen von der Gesellschaft den Kernaufgaben des Gesundheitssystems zugerechnet. Sie bleiben für den biomedizinischen Kernbereich marginal, da sie den wissenschaftlichen Evidenzansprüchen nur teilweise oder gar nicht genügen. Ihnen fehlen zudem die formalisierten Formen der existierenden Organisationen der

Gesundheitsprofessionals, die strukturelle Positionen und den „Kern“ von Gesundheitsaufgaben definieren.

> „To enter the core means to enter an already well-defined system of interconnected organisations and groups, with a standardized classificatory system, established protocols, rules and legitimating principles that circumscribe what is acceptable epistemologically, morally and organizationally.“ (Lee, 2005, S. 35)

Aryuveda ist laut Lee in den USA z. B. zur Vermeidung von Konflikten mit Medizinern und Auseinandersetzungen über den Eingriff in deren gesetzlich definierten Aufgabenbereiche allmählich als metaphysische „religiöse“ Praxis definiert worden, die durch das Grundrecht zur Freiheit von Religionsausübung abgedeckt ist (Lee, 2005, S. 42).

Die von uns Befragten konnten sich nur zum geringen Teil mit der wissenschaftsnahen Position des Deutschen Medical Wellness Verbands anfreunden, dass ein Arzt in die Wellnessbehandlung eingebunden sein muss, auch um Nachhaltigkeit und messbaren Erfolg der Anwendung zu gewährleisten. Für bestimmte Fälle wurde die Konsultation eines Arztes in der Regel bejaht (Alte, Kranke, Menschen mit Herz-Kreislauf-Problemen); Für das Gros der Wellnessbesucher, die keine Therapie, sondern Prävention im Sinne von Entspannung und Wohlbefinden suchen, wurde dies aber als nicht angemessen angesehen. Besonders Wellness anbietende Kosmetikerinnen sahen überhaupt nicht ein, warum zu einer Gesichtsmassage ärztlicher Rat notwendig sein sollte. Die Anbieter, besonders die großen Hotels, setzen in der Mehrheit in der Darstellung ihres Angebots nicht auf den medizinischen, sondern auf den Wohlfühlaspekt. Medizinisch orientierte Angebote waren nur einer kleinen Minderheit (5 %) der vom Tourismusverband Mecklenburg-Vorpommern 2008 befragten Wellnessgäste wichtig. Im Vordergrund standen Massagen (56 %), Bäder und Packungen (32 %) und Beauty- und Kosmetikangebote (23 %) (vgl. Tourismusverband Mecklenburg-Vorpommern, 2008, S. 3).

Auch wenn für die Wellnessanbieter das harte Kriterium des Wissenschaftsbezugs kaum gilt, sollte man die Professionalisierung der Wellness nicht grundsätzlich als gescheitert ansehen. Nach unseren Ergebnissen werden, besonders in Hotels und Thermen, zunehmend Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt; d. h. es werden durch Verfahrenskontrollen, die Nutzung von Kundenimpulsen (z. B. Kundengespräche, Feedback durch Kundenbefragung) und die Überprüfung von Service-Standards (z. B. durch Checklisten) Vergleichbarkeitsmaßstäbe aufgestellt. Diese setzen die Wellnessbeschäftigten unter Legitimations- und Weiterbildungsdruck, weil ihre Arbeit nach Kriterien wie Effektivität, Effizienz, Wirksamkeit und nachhaltiger Kundennutzen evaluiert

wird. Die Qualitätsoffensive könnte als ein erster Schritt für eine Ausrichtung an wissenschaftlichen Standards (zumindest denen der Vergleichbarkeit) gesehen werden.

Unsere befragten Wellnessanbieter und -beschäftigten verstanden unter Professionalisierung überwiegend eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, die ihre Fachkompetenz erhöht. Als Defizite der gegenwärtigen Ausbildung wurden deren geringe Anforderungen, ihre Oberflächlichkeit und die kurze Dauer angesprochen. Professionalisierung wurde auch als notwendige Anpassung an die gestiegenen Ansprüche der Kunden und die Erfordernisse des Markts gesehen. Es wurde angenommen, dass die rechtzeitige Vorbereitung auf die Anforderungen neuer Techniken und spezieller Behandlungsmethoden den Beschäftigten hilft, bei zunehmendem Konkurrenzdruck im Markt zu bleiben. Nicht angesprochen wurden habituelle Elemente (an denen man den Professionellen erkennt, vgl. Kühl, 2006); ebenso wenig kam eine Professionalisierung im Sinne einer Aufwertung von Beruf und Beruflichkeit als Muster der sicheren Integration in den Betrieb zur Sprache. Kein Thema war auch der Statussicherungsaspekt der Professionalisierung, (d. h. die Garantie von institutionalisierten Karrierewegen und eines fachspezifisch exklusiven Arbeitseinsatzes), was in der deutschen Berufsdiskussion unter dem funktionalen Gesichtspunkt der sozialen Schließung von Arbeitsmarktchancen stark betont wird (vgl. Sengenberger, 1987; Konietzka, 1999; Dietrich/Abraham, 2008).

Betrachtet man unter dieser Beschäftigtenperspektive Professionalisierung als individuellen berufsbiografischen Prozess zur Erlangung von Kompetenzniveaus, so ist bei unseren Befragten das individuelle Desinteresse an Status und Exklusivität des Zugangs zum Klienten als Abkehr vom traditionellen Berufsverständnis zu sehen. Die wenigen verbandlich Organisierten setzen sich nicht für Wellnessarbeit als Beruf, sondern für die Anerkennung ihrer spezifischen Behandlungen ein. Staatliche Regulierung, standardisierte Ausbildungsgänge, Verbandsbildung, gesetzliche Standards und Zertifikate, mit denen der Zugang zum Markt und zu bestimmten Handlungsbereichen reguliert wird, sind Ausdruck einer in Deutschland vorherrschenden Idee einer „Professionalisierung von oben“. Sie passen zum deutschen Modell der dualen Ausbildung, das allerdings unter Bewährungsdruck steht (vgl. Kern/Sabel, 1994; Bathge/Baethge-Kinsky, 1998; Bosch, 2010). Dass es auch ohne staatliche Regulierung in Bottom-up Verständigungsprozessen von Interessierten und Stakeholdern zur Übereinkunft über verbindliche Standards kommen kann, zeigen die „Canadian Standards and Guidelines“ für Beratung (nfb, 2009, S. 11).

Statt Ausbildungsgänge zu standardisieren und zu normieren, wären für den Wellnessbereich auch Strategien einer individuellen Professionalisierung denkbar, die sich am Markt bewähren müssen und nicht in das rigide Korsett klassischer Professionen eingebunden sind. Es bleibt dann

aber weiterhin die Frage eines institutionellen Rahmens für die Anerkennung der individuellen Schritte zur Professionalität im Sinne der Verbesserung des eigenen Kompetenzniveaus. „Was jetzt möglicherweise als neue Beruflichkeit entsteht, ist die aktive, sich dabei aber nach wie vor auf soziale Rahmenbedingungen beziehende individuelle Gestaltung von Fähigkeitskombinationen und deren betrieblicher Anwendungsmöglichkeiten" (Demszky et al., 2010, S. 776).

Trotz Individualisierung und Entstandardisierung ist eine individuelle Professionalisierung ohne institutionelle Rahmung kaum möglich – so das Urteil der von uns befragten Experten. Hemmnisse einer Wellnessprofessionalisierung sahen Experten und auch Anbieter aber vor allem auf der Ebene der Institutionen bzw. der institutionellen Rahmenbedingungen für die Schaffung vergleichbarer und standardisierter Qualifikationen und Berufsabschlüsse. Solange – dies ist das Fazit der befragten Anbieter – eine Vielzahl von unterschiedlichen Anbietern und Ausbildungsgängen im Wellnessbereich besteht, kann es auch keine Professionalisierung geben, gesehen als Standardisierung von Berufen, die Inhalte und Ausbildungsqualität zeitlich und räumlich vergleichbar machen (vgl. Allmendinger, 1989).

11.6 Die Chancen der Professionalisierung in einem Berufsfeld mit zersplitterter Regelungsstruktur

Bei der Frage nach Möglichkeiten der Wellnessprofessionalisierung ist das Berufsfeld mit den wellnessnahen Bereichen (1) Gesundheit, (2) Körperpflege/Kosmetik, Beauty, (3) Tourismus, (4) Sport- und Fitness sowie (5) Freizeit zu berücksichtigen, für die es schon eine Vielzahl von Fachberufen gibt. Je nach Wellnessbegriff lässt sich darüber streiten, ob es sich dabei nun um Teilgebiete der Wellness handelt oder ob Wellness lediglich eine zusätzliche Dienstleistung in einem Feld ist, das durch bestehende Berufe bereits weitgehend abgedeckt ist. Streng genommen und per definitionem gehören therapeutische Behandlungen nicht zur Wellness.

Ziehen wir die amtliche Berufsfelderklassifikation zurate, ist Wellness gleichwohl dem Berufshauptfeld *Gesundheit, Sozialberufe, Körperpflege* zuzurechnen, für das Arbeitsmarktforscher höchste Zuwächse prognostizieren (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2010; Goldschmidt/Hilbert, 2009). Eine wichtige und kritische institutionelle Besonderheit dieses Berufsfeldes besteht darin, dass hier auf der mittleren Qualifikationsebene „Schulberufe" dominieren, deren Wurzeln weithin in der Reproduktions- bzw. Haus- und Familienarbeit liegen und die überwiegend von Frauen ausgeübt werden. Durch die traditionelle Dominanz der dualen Ausbildung und

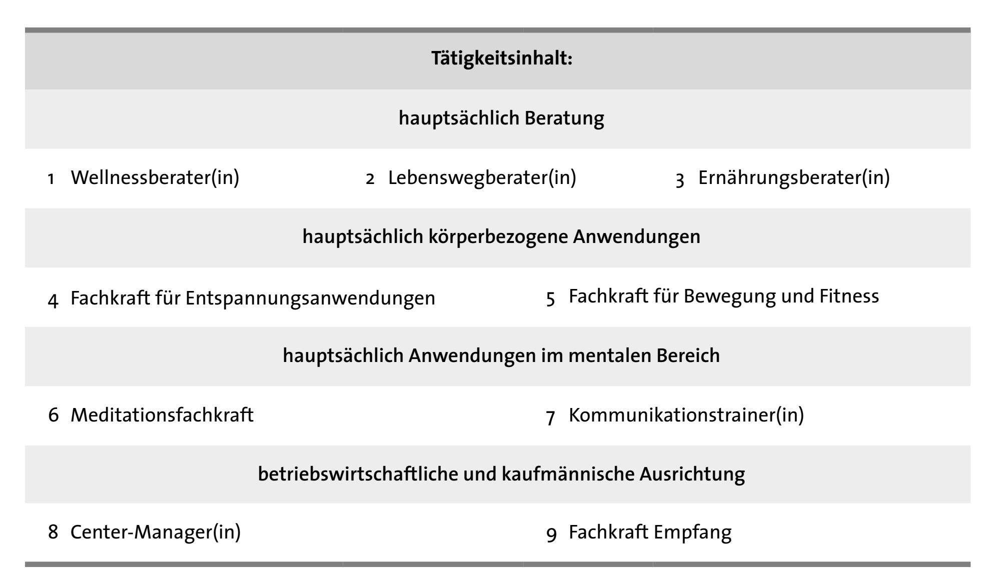
infolge der geringeren Bewertung der Reproduktionsarbeit gegenüber der Erwerbsarbeit haftet diesen Berufen häufig auch heute noch das Image des Nachrangigen an (vgl. Dobischat, 2010).

Das duale System ist kein Auslaufmodell. Vergleichsweise wächst der Anteil der Schulberufe mit und ohne anerkannten Berufsabschluss stärker (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2008, S. 96). Im Unterschied zur dualen Ausbildung sind Schulberufe und Bildungsangebote nicht bundeseinheitlich geregelt. Die Regelungsstrukturen, Qualitätsansprüche und -niveaus sind in diesem Feld zersplittert (vgl. Becker, 2008). Darin unterscheidet sich das hier betrachtete Berufsfeld von den Feldern, in denen dual ausgebildete Fachkräfte dominieren (vgl. BiBB, 2011, S. 207 ff.).

Die ausgeprägte Zersplitterung der Regelungen, Zuständigkeiten und der Berufe im Bereich *Gesundheit und Soziales* ist ein herausragendes Professionalisierungshemmnis und Hindernis auf dem Weg zur breiteren Anerkennung nicht akademischer Berufe im Dienstleistungssektor. Selbst ausgewiesene Experten beklagen die Undurchschaubarkeit des in diesem Berufsfeld waltenden Regelungsdschungels (vgl. Becker, 2008). Dieser ist nicht zuletzt Resultat der Länderzuständigkeit für die nicht nach dem Berufsbildungsgesetz geregelten Schulberufe und für sonstige Bildungsangebote. Der ordnungspolitische Handlungsbedarf im Berufsfeld *Gesundheit und Soziales* und bei den Schulberufen ist groß und geht weit über das Wellnessthema hinaus.

11.7 Vorstöße zur Professionalisierung von Wellness-Dienstleistungen

Bestandteil der institutionellen Rahmenbedingungen sind auch die mit staatlicher Unterstützung bereits unternommenen Vorstöße zur Professionalisierung von Wellness-Dienstleistungen als Systematisierung des Bedarfs und der erforderlichen Qualifikationen. Schon vor mehr als zehn Jahren wurden auf der Basis staatlich geförderter wissenschaftlicher Beobachtungen im Rahmen einer Initiative zur Früherkennung von Trendqualifikationen Konturen für neun(!) Wellnessberufe identifiziert (vgl. Tab. 11.2) und ein modular aufgebautes Curriculum konzipiert.



Tätigkeitsinhalt:		
hauptsächlich Beratung		
1 Wellnessberater(in)	2 Lebenswegberater(in)	3 Ernährungsberater(in)
hauptsächlich körperbezogene Anwendungen		
4 Fachkraft für Entspannungsanwendungen	5 Fachkraft für Bewegung und Fitness	
hauptsächlich Anwendungen im mentalen Bereich		
6 Meditationsfachkraft	7 Kommunikationstrainer(in)	
betriebswirtschaftliche und kaufmännische Ausrichtung		
8 Center-Manager(in)	9 Fachkraft Empfang	

Tabelle 11.2: Erste Konturen (neun!) neuer Berufe der Wellnessbranche (Abicht et al., 2001)

Das BiBB plädiert aktuell für *eine*(!) bundeseinheitlich geregelte *Anpassungs*-Fortbildung zur „Wellness-Fachkraft" mit den Basismodulen „Durchführung von Wellnessdienstleistungen, Betreuen & beraten von Kunden, Organisieren & gestalten betrieblicher Abläufe" und „Verkaufen und Vermarkten" (Borowiec/Janssen, 2010, S. 69). Es wird keine Aufstiegsfortbildung gefordert, für die Meister-Bafög in Anspruch genommen werden könnte. Zugangsvoraussetzung für die Fortbildung soll ebenfalls eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf oder eine vergleichbare wellnessnahe Erstausbildung plus Berufspraxis sein.

Vieles spricht dafür (auch nach Meinung der von uns befragten Experten), dass diese angesichts der Rede von der Job-Maschine doch relativ bescheidene Anpassungs-Fortbildungs-Lösung unter den gegenwärtigen Umständen die adäquate bundesweite Wellnessqualifizierung auf einem mittleren Niveau ist. Dabei würde es sich dann aber nicht etwa um einen neuen grundständigen Beruf auf mittlerem Niveau handeln, da dieses Niveau durch die Zugangsvoraussetzungen, nämlich durch die abgeschlossene Ausbildung als Physiotherapeut o. Ä., bereits erreicht ist.

11.8 Anerkennung heterogener Kompetenzportfolios

Bis heute kann sich jeder Welless-Trainer, -Professional oder -Coach nennen und Wellness-Dienstleistungen verkaufen. In Deutschland wird von unterschiedlichsten Trägern ein unüberschaubares Spektrum von mehreren hundert Wellnesskursen angeboten, das von 80-stündigen IHK-Kursen bis hin zu 1.000-stündigen Kursen an Ergänzungsschulen und Bachelor-Studiengängen an Fachhochschulen reicht. Da es dafür in den meisten Fällen keine allgemein anerkannten Qualitätskriterien und -kontrollen gibt, ist die Qualität dieser Bildungsangebote zum Teil durchaus fragwürdig, wie z. B. schon die Stiftung Warentest (2005) für den Wellnessberater der IHK festgestellt hat.

Die bundeseinheitlich geregelte Anpassungsfortbildung des BiBB könnte zu einer soliden Säule in der Landschaft der Wellnessberufe werden. Es ist aber kaum zu erwarten, dass Wellness-Dienstleistungen in absehbarer Zeit nur noch von Fachkräften angeboten und erbracht werden, die über ein Qualifikationsniveau verfügen, das dem eines Facharbeiters vergleichbar wäre Kosmetikerinnen drängen in den Wellnessmarkt, der ihnen zusätzliche und zum Teil einträglichere Einkünfte bietet. Auch für die Zukunft ist in der Wellness mit unterschiedlichen Zugängen und Berufsbildungsniveaus zu rechnen. Statt staatlich anerkannter Berufsbilder gibt es einen „Wildwuchs beim Wohlfühlen“ (Hoffmeyer, 2014). Der Qualifikations- und Kompetenzerwerb wird auf diesem Gebiet weiterhin auf unterschiedlichen Wegen bei unterschiedlichen Bildungsträgern und durch Praxiserfahrungen stattfinden. Dabei ist das Spektrum möglicher Betätigungsfelder, Spezialisierungen und Kompetenzportfolios von Wellnessprofis so vielfältig und umfassend, dass eine Schließung des Zugangs kaum möglich und Offenheit geboten ist.

Will man potenziellen Wellnessprofis den Zugang zum Markt nicht durch hohe professionelle Hürden und Schließungsstrategien versperren, liegt die Annahme nahe, dass ihnen mit einem System gedient sein könnte, das die Qualifikationen und Kompetenzen, die sie – formal oder informal – erworben haben, prüft und anerkennt und das ausgehend von niedrigen Einstiegsqualifikationen und anschlussfähigen einfachen Qualifizierungsbausteinen nach oben hin durchlässig ist.

Der Wellnessprofessionalisierung könnten die europäischen Initiativen zur Berufsbildungspolitik eine Perspektive bieten. Denn in diesem Zusammenhang, Stichwort Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR), wird aktuell darüber diskutiert und verhandelt, wie ein solches System aussehen und organisiert werden könnte. Mit dem EQR zeichnen sich grundlegende institutionelle Veränderungen für unser nationales Berufsbildungssystem ab, das nach Meinung vieler Experten erhebliche strukturelle Defizite hat und in seiner überkommenen Regelungsstruktur dringend der Reform bedarf (vgl. Severing, 2010).

Würde dieses Projekt realisiert, hätte das zur Folge, dass neben der dualen Berufsausbildung und den etablierten Schulberufen andere Formen der Anerkennung und Zertifizierung beruflicher Kompetenzen – auch andere Formen der Professionalisierung eine Aufwertung erfahren. Modularisierung wäre dann nicht nur eine didaktische Methode zur Gestaltung von Curricula, sondern ein neues ordnungspolitisches Prinzip, das sich auf das (Berufs-)Bildungssystem massiv – „das heißt systemverändernd" (Münk, 2010, S. 202) auswirken könnte.

11.9 Neue Qualifikationsstrategien

Es bestehen Befürchtungen, dass mit der Zertifizierung modularisierter Teilqualifikationen das berufspädagogische Prinzip ganzheitlicher Handlungskompetenz – die Beruflichkeit – zu Grabe getragen wird und dass es auf dem Arbeitsmarkt zu einer Entwertung und Erosion des Fachkräfteabschlusses kommt, zu einer Fragmentierung oder Taylorisierung einheitlicher Ausbildungsstandards und ganzheitlich strukturierter Berufsprofile. Diese Befürchtungen sind nicht ganz unbegründet. Dass sich mit einer an Modularisierung und Outcome-Orientierung ausgerichteten Professionalisierungsstrategie und Berufsbildung für abhängig Beschäftigte und Soloselbstständige spezifische und größere Risiko- und Gefährdungslagen verbinden (prekäre Beschäftigung, Niedriglohnsektor) als in den hoch regulierten Kernberufen der deutschen Industrie, ist auch nicht zu leugnen.

Die duale Ausbildung und ihr Erfolgsmodell des Facharbeiters haben aber eine ganz andere historische und organisatorische Basis und institutionelle Verankerung als neu aufkommende personenbezogene Dienstleistungen. Es dürfte nicht angebracht sein, Menschen, die sich individuell und überzeugt vom Wellnesskonzept, mit Enthusiasmus und viel Engagement auf vielfältigen Wegen um die Professionalisierung ihrer Arbeit bemühen, die Anerkennung zu versagen. Es droht allerdings die Enthusiasmusfalle: Der Idealismus, der das Engagement für eine Wellnesstätigkeit beflügelt, kann angesichts der wenig attraktiven Beschäftigungskonditionen schnell wieder zum Erliegen kommen. Hierzu zählen ungünstige Arbeitszeiten, Belastungen der Interaktions- und Emotionsarbeit, mäßige Verdienstmöglichkeiten (die große Mehrheit verdient monatlich zwischen 1.000 und 1.500 Euro netto) und geringe Karriereperspektiven.

Solche Befürchtungen sind jedoch kein Argument gegen das europäische Reformkonzept. Es kommt darauf an, dass die maßgeblichen Akteure das System, den Zertifizierungsrahmen, so ausgestalten, dass Barrieren beseitigt, berufliche Lernansätze geöffnet und durch entsprechende

Vorkehrungen negative Sekundäreffekte vermieden werden (vgl. Euler/Severing, 2006, S. 103 ff.; Euler, 2009).

Allein durch eine Ausweitung von Voraussetzungen für eine Professionalisierung entstehen keine „guten“ neuen Arbeitsplätze. Die Anerkennung und Anrechnung auch einfacher Kompetenzen, Module oder Teilqualifikationen unabhängig davon, wie sie erworben wurden, könnte aber lebenslangem Lernen und jenen jungen Menschen zugute kommen, die sich vergeblich um einen Ausbildungsplatz und den Abschluss einer Berufsausbildung bemühen. Diese Gruppe landet bislang im sogenannten Übergangssystem, in dem sich zurzeit ca. 34 % (zwischenzeitlich sogar 40 %) der Neuzugänge zur beruflichen Bildung befinden (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2010, S. 96). Allerdings haben die Absolventen von Wellness-(Schul-)Ausbildungen aus dem Übergangssystem gegen die Mitbewerber aus traditionellen Gesundheitsberufen, die sich zusätzlich auf Wellness spezialisiert haben, relativ geringe Chancen. Dies gilt zumindest im Premiumsegment der Wellness, in dem exklusive Hotels und Day-Spas durch hohe Qualitätsanforderungen eine gewisse Professionalisierung vorantreiben. Solange keine einflussreichen Akteure die Anerkennung von Schulausbildungen und von darauf aufbauenden zertifizierten Modulen vorantreiben, wird sich die Professionalisierung der Wellnesstätigkeiten kaum weiterentwickeln.

Literatur

Abicht, L./Bärwald, H./Preuss, B. (2001). *Wellness – ein Freizeittrend als Auslöser neuer Qualifikationsentwicklungen.* In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.): Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden – Personenbezogene Dienstleistungen im Fokus der Qualifikationsentwicklung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 77–184.

Allmendinger, J. (1989). *Educational System and Labour Market Outcomes*. European Sociological Review, 3 (5), S. 231–250.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2008). *Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I.* Bielefeld: Bertelsmann.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010). *Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demographischen Wandel.* Bielefeld: Bertelsmann.

Baethge, M./Baethge-Kinsky, V. (1998). *Jenseits von Beruf und Beruflichkeit? – Neue Formen von Arbeitsorganisation und Beschäftigung und ihre Bedeutung für eine zentrale Kategorie gesellschaftlicher Integration.* Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 31 (3), S. 461–472.

Beck, U./Brater, M./Daheim, H. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse.* Reinbek: Rowohlt.

Becker, W. (2008). *Gesundheits- und Pflegeberufe – Arbeit und Ausbildung zwischen Veränderungsdruck und Reformstau*. In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Beltz Juventa, S. 213–228.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antanovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert.* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. http://www.bzga.de/botmed_60606000.html (06.08.2014).

BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2011). *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2011. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung*. http://datenreport.bibb.de/media2011/Datenreport_2011.pdf (06.08.2014).

Bollinger, H./Gerlach, A. (2008). *Professionalität als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen*. In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Beltz Juventa, S. 213–228.

Böhle, F./Merl, T./Stöger, U. (2010). *Unbeachtete Kompetenzen und verborgene Aspekte personenbezogener Dienstleistung: Interaktionsarbeit und subjektivierendes Handeln*. Praeview, 3, S. 32–33.

Borowiec, T./Janssen, B. (2010). Empirische Qualifikationsbedarfsanalyse im Wellnessbereich. https://www2.bibb.de/tools/fodb/pdf/eb_40886.pdf (06.08.2014).

Bosch, G. (2010). *Zur Zukunft der dualen Berufsausbildung in Deutschland. In*: Bosch, G./Krone, S./Langer, D. (Hrsg.): Das Berufsbildungssystem in Deutschland. Aktuelle Entwicklungen und Standpunkte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 37–61.

Brante, T. (2011). *Professions as Science-Based Occupations.* Profession & Professionalism, (1) 1, S. 4–20.

Brunnett, R. (2009). *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit.* Bielefeld: transkript.

Daheim, H. (1970). *Der Beruf in der modernen Gesellschaft. Versuch einer soziologischen Theorie beruflichen Handelns*. Köln: Kiepenheuer u. Witsch.

Demszky, A./Hagen, A. von der/Voß, G. G. (2010). *Beruf und Profession*. In: Böhle, F./Voß, G. G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 751–803.

Dietrich, H./Abraham, M. (2008). *Eintritt in den Arbeitsmarkt*. In: Abraham, M./Hinz, T. (Hrsg.): Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 69–98.

Dobischat, R. (2010). *Schulische Berufsbildung im Gesamtsystem der beruflichen Bildung. Herausforderungen an der Übergangspassage von der Schule in den Beruf*. In: Bosch, G./Krone, S./Langer, D. (Hrsg): Das Berufsbildungssystem in Deutschland. Aktuelle Entwicklungen und Standpunkte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.101–131.

Dunkel, W./Weihrich, M. (2003). *Abstimmungsprobleme in Dienstleistungsbeziehungen. Ein handlungstheoretischer Zugang*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, (55) 4, S. 758–781.

Dunkel, W./Szymenderski; P./Voß, G.G. (2004). *Dienstleistung als Interaktion. Ein Forschungsprojekt.* In: Dunkel, W./Voß, G. G. (Hrsg.): Dienstleistung als Interaktion. Beiträge aus einem Forschungsprojekt Altenpflege – Deutsche Bahn – Call Center. Arbeit und Leben im Umbruch. Schriftenreihe zur subjektorientierten Soziologie der Arbeit und der Arbeitsgesellschaft. Band 5. München und Mehring: Hampp, S. 11–27.

Euler, D. (2009). *Flexible Ausbildungswege in der dualen Berufsausbildung.* In: Zimmer, G./Dehnbostel, P. (Hrsg.): Berufsausbildung in der Entwicklung – Positionen und Leitlinien. Bielefeld: Bertelsmann, S. 87–97.

Euler, D./Severing, E. (2006). *Flexible Ausbildungswege in der Berufsbildung.* http://www.bmbf.de/pub/Studie_Flexible_Ausbildungswege_in_der_Berufsbildung.pdf (06.08.2014).

Evetts, J. (2003). *The sociological analysis of professionalism.* International Sociology, 18 (2), S. 395–415.

Exworthy, M./Halford, S. (Hrsg) (1999). *Professionalism and the New Managerialism in the Public Sector.* Buckingham: Open University Press.

Freidson, E. (2001). *Professionalism – The Third Logic.* Chicago: The University of Chicago Press.

FOCUS (2005). *Der Markt für Fitness und Wellness. Daten, Fakten, Trends.* http://www.medialine.de/media/uploads/projekt/medialine/docs/bestellung_download/marktanalysen/2005/ma_fitness_wellness_200506.pdf (06.08.2014).

Goldschmidt, A./Hilbert, J. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche.* Wegscheid: Wikom.

Goldschmidt, A./Hilbert, J. (2009). *Von der Last zur Chance. Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft.* In: Goldschmidt, A./Hilbert, J. (Hrsg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 20–40.

Hacker, W. (2006). *Interaktive/dialogische Erwerbsarbeit – zehn Thesen zum Umgang mit einem hilfreichen Konzept.* In: Böhle, F./Glaser, J. (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion in der Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 17–24.

Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit. Ein Lehrbuch.* Lengerich: Pabst.

Hartmann, H./Hartmann, M. (1982). *Vom Elend der Experten: zwischen Akademisierung und Deprofessionalisierung.* Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 34 (2), S. 193–223.

Heidenreich, M. (1999). *Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung.* In: Apel, H. et al. (Hrsg.): Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess. Bad Heilbrunn/Obb: Klinkhardt, S. 35–58.

Heisig, U. (2005). *Professionalismus als Organisationsform und Strategie von Arbeit.* In: Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Professionelles Handeln. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 27–54.

Hesse, A. (1968). *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Professionalisierung.* Stuttgart: Enke.

Hoffmeyer, M. (2014). *Wildwuchs beim Wohlfühlen.* Süddeutsche Zeitung, 01.02.2014, Beilage „Beruf und Karriere", V3/13.

Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* 5. Aufl., Weinheim Basel: Belz Juventa.

Kartte, J./Neumann, K. (2007). *Der zweite Gesundheitsmarkt. Roland Berger Studie.* o.O.

Kartte, J./Neumann, K. (2009). *Der zweite Gesundheitsmarkt als notwendige Ergänzung des Ersten.* In: Goldschmidt, A./Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 760–770.

Kern, H./Sabel, C. (1994). *Verblasste Tugenden. Zur Krise des deutschen Produktionsmodells.* In: Beckenbach, N./Treeck, W. van (Hrsg.): Umbrüche gesellschaftlicher Arbeit. Sonderband der Sozialen Welt, Göttingen: Schwartz, S. 605–624.

Kickbusch, I. (2004). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft.* Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Konietzka, D. (1999). *Die Verberuflichung von Marktchancen. Die Bedeutung des Ausbildungsberufs für die Platzierung im Arbeitsmarkt.* Zeitschrift für Soziologie, 28 (5), S. 379–400.

Kühl, S. (2006). *Die Professionalisierung der Professionalisierer? Das Scharlatanerieproblem im Coaching und der Supervision und die Konflikte um die Professionsbildung.* http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Paper4.2006-Die-Professionalisierung-der-Professionalisierer.pdf (06.08.2014).

Kurtz, T. (2005). *Die Berufsform der Gesellschaft.* Weilerwist: Velbrück.

Kyrer, A./Populorum, M. A. (2006). *Trends- und Beschäftigungsfelder im Gesundheits- und Wellness-Tourismus. Berufsentwicklung, Kompetenzprofile und Qualifikationsbedarf in wellness-bezogenen Freizeit- und Gesundheitsberufen.* Wien, Berlin: LIT.

Lee, J. (2005). *Investigating the Hybridity of 'Wellness' Practices, paper of the Department of Sociology, University of California, Theory and Research in Comparative Social Analysis.* http://repositories.cdlib.org/uclasoc/trcsa/28 (28.08.2014).

Licht, G./Steiner, V./Bertschek, I./Falk, M. et al. (2001). *ITH-Fachkräftemangel und Qualifikationsbedarf.* http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/gutachten/mangel_Endbericht.pdf (06.08.2014).

Mieg, H. (2005). *Professionalisierung.* In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 342–349.

Miller, J. (2005). *Wellness: The History and Development of a Concept.* Spektrum Freizeit Heft 1/2005, S. 84–102.

Münk, D. (2010). *Fest gemauert in der Erden? Der europäische Integrationsprozess und die berufliche Bildung in der Bundesrepublik Deutschland.* In: Bosch, G./Krone, S./Langer, D. (Hrsg.): Das Berufsbildungssystem in Deutschland. Aktuelle Entwicklungen und Standpunkte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 189–219.

Nestmann, F./Engel, F. (2004). *Die Zukunft der Beratung* Tübingen: DGVT.

nfb – Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (Hrsg.) (2009). *Dokumentation Qualitätsentwicklung und Professionalität in der Beratung für Bildung, Beruf und Beschäftigung.* http://www.beratungsqualitaet.net/upload/Menu_Operational/Veroffentlichungen/Dokumentationen/NF_Print_72.pdf (06.08.2014).

Oevermann, U. (1997). *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 2. Aufl., Frankfurt: Suhrkamp, S. 70–182.

Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2005). *Professionelles Handeln.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pfadenhauer, M./Scheffer, T. (2009). *Profession, Habitus und Wandel.* Frankfurt, Berlin u. a.: Lang.

Pundt, J. (2012). *Gesundheitsprofessionen.* In: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Aufl., Weinheim, Basel: Belz Juventa, S. 1105–1122.

Schinzel, B./Ruiz Ben, E. (2004). *Softwareentwicklung als Profession? Professionalisierungstendenzen und Implikationen für die Beteiligung von Frauen*. Informatik Spektrum, 27 (5), S. 441–447.

Schönwälder, M. (2009). *Deprofessionalisierung des Ärztestandes: neue Folgenhaftigkeit ärztlichen Handelns.* München: Akademische Verlagsgemeinschaft.

Sengenberger, W. (1987). *Struktur und Funktionsweise von Arbeitsmärkten. Die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich*. Frankfurt/Main, New York: Campus.

Severing, E. (2010). *Berufsausbildung in Deutschland – Zu wenige Fachkräfte für die Wirtschaft und zu viele Jugendliche ohne Ausbildungsperspektive*. In: Bosch, G./Krone, S./Langer, D. (Hrsg.): Das Berufsbildungssystem in Deutschland. Aktuelle Entwicklungen und Standpunkte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 91–99.

Stichweh, R. (1996). *Professionen in einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft.* In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt: Suhrkamp, S. 49–69.

Stichweh, R. (2005). *Wissen und Professionen in einer Organisationsgesellschaft*. In: Klatetzki, T./Tacke, V. (Hrsg.): Organisation und Profession. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 31–45.

Stichweh, R. (2008). *Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft.* In: Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen in der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 329–345.

Stiftung Warentest (2005). Test Spezial Weiterbildung: Jobs in Fitness und Pflege, Berlin.

TNS Infratest (2008). *Wellness-Welle schwappt in viele Branchen*. http://www.tns-infratest.com/presse/pdf/Presse/20080602_TNS_Infratest_Wellness.pdf (06.08.2014).

Tourismusverband Mecklenburg-Vorpommern (2008). Ausgewählte Ergebnisse der Wellness-Befragung in Mecklenburg-Vorpommern 2008. Kurzfassung. Rostock.

Travis, J./Ryan, S. R. (2004). *The Wellness Workbook*. Berkeley: Celestial Arts.

Vogd, W. (2002). *Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive*. Zeitschrift für Soziologie, 31 (4), S. 294–315.

Walkenhorst, U. (2006). *Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Wege zur Professionalisierung*. In: Pundt, J. (Hrsg): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, S. 106–123.

Zühlke-Robinet, K./Bootz, I. (2010). *„Dienstleistungsfacharbeit" als Leitbild für Dienstleistungsarbeit – der BMBF-Förderschwerpunkt „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit" im Überblick*. In: Brötz, R./Schapfel-Kaiser, F. (Hrsg.): Anforderungen an kaufmännisch-betriebswirtschaftliche Berufe aus berufspädagogischer und soziologischer Sicht. Bielefeld: Bertelsmann, S. 171–187.

12 Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studie zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa (GesinE)

YVONNE LEHMANN; GERTRUD M. AYERLE; KATRIN BEUTNER; KATHLEEN KARGE; JOHANN BEHRENS; MARGARETE LANDENBERGER

Im Beitrag werden zunächst der Hintergrund und das Ziel der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beauftragten und geförderten GesinE-Studie sowie das in der Studie umgesetzte methodische Vorgehen skizziert. Schließlich werden ausgewählte Studienergebnisse und daraus gezogene Schlussfolgerungen vorgestellt.

12.1 Hintergrund und Ziel der GesinE-Studie

Demografischer Wandel, Wertewandel, geänderte sozioökonomische und gesetzliche Rahmenbedingungen sowie Fortschritte in Wissenschaft und Medizintechnik verändern auf verschiedenen Ebenen und sich wechselseitig beeinflussend das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit und im Besonderen die Anforderungen an die Angehörigen[1] der Gesundheitsberufe (vgl. Bollinger, 2005). Eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse erscheint unerlässlich, um die derzeitigen und künftigen Herausforderungen bewältigen zu können.

Im Fokus der aktuellen Diskussionen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe stehen Fragen zum notwendigen Grad ihrer Generalisierung und Differenzierung. Hinzu kommen Fragen zur Schaffung akademischer Strukturen für die Aus- und Weiterbildung sowie zur damit verbundenen Wissenschaftsorientierung und Forschung in diesen Berufen (vgl. Ewers et al., 2012; WR, 2012). Dabei liegt den aktuellen Diskussionen und beschrittenen Veränderungswegen bisher wenig gesichertes Wissen zugrunde (vgl. Darmann-Finck/Foth, 2011).

1 Im Beitrag wird eine gendersensible Schreibweise verwendet. Dort, wo eine geschlechterneutrale Bezeichnung nicht möglich ist, wird aufgrund des hohen Frauenanteils im hier interessierenden Handlungsfeld die weibliche Schreibweise genutzt.

Anders als in den meisten europäischen Ländern werden die berufszulassenden Abschlüsse in den Gesundheitsberufen in Deutschland bisher fast ausschließlich im sekundären Bildungssektor und nicht an Hochschulen erworben. Ob dabei allein von der Verortung der Ausbildungen auf die Qualifikationen und Kompetenzen[2] der Absolventinnen geschlossen werden kann, ist fraglich. Hier war eine systematisch vergleichende Forschung angezeigt, die die erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen sowie ihre Anschlussfähigkeit und Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlichen (Gesundheitsberufs-)Bildungssystemen europäischer Länder untersucht. Bisher fehlten derartige vergleichende Untersuchungen weitgehend. An dieser Stelle setzte die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in Auftrag gegebene und vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) fachlich begleitete Studie „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen[3] im europäischen Vergleich" (GesinE) an. Sie sollte einen Beitrag zur fachlichen Fundierung der aktuellen Diskussion in Deutschland über die Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege im europäischen Kontext leisten.

Forschungsleitendes Ziel der Studie, die im Zeitraum 12.2009 bis 03.2013 bearbeitet wurde, war, einen empirisch belegten Beitrag zu leisten in Form grundlegender Erkenntnisse über die Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile für 16 der in Deutschland als Ausbildungsberufe geregelten Gesundheitsfachberufe (vgl. Abb. 12.1) und der ihnen entsprechenden Berufe in den Ländern Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich.

---

2 Der Kompetenzbegriff wurde in der Studie in mehreren Bedeutungen und Zusammensetzungen verwendet. Kompetenz in beruflichen Zusammenhängen wird dabei zum einen als Kombination aus Wissen, Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Motiven, Emotionen und moralischer Urteilsfähigkeit (handeln wollen und können) verstanden. Zum anderen ist damit auch die gesellschaftlich bestimmte Zuständigkeit für Aufgaben und/oder Sachgebiete (handeln dürfen) gemeint (vgl. Straka/Macke, 2009). Zum dritten wird (berufliche) Kompetenz als Produkt einer Wechselwirkung von individueller Auslegung von Zuständigkeiten und psychischer Entwicklung, Zuständigkeiten anforderungsgemäß zu bewältigen, verstanden.

3 Mit „Gesundheitsfachberufen" sind die derzeit 17 Berufe gemeint, für die – wegen der mit ihrer Ausübung verbundenen Gesundheitsgefahren für die zu behandelnden bzw. zu begleitenden Personen – die Kompetenz der Regelung ihrer Zulassung und Ausübung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG beim Bund liegt. Der Gesundheitsfachberuf Veterinärmedizinisch-technische Assistenz wurde in der GesinE-Studie nicht untersucht. Wenn im Text abweichend davon der Begriff „Gesundheitsberufe" verwendet wird, sind damit auch andere als diese 17 Berufe gemeint.

1. Altenpflege	9. Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik
2. Diätassistenz	10. Medizinisch-technische Laborassistenz
3. Ergotherapie	11. Medizinisch-technische Radiologieassistenz
4. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	12. Orthoptik
5. Gesundheits- und Krankenpflege	13. Pharmazeutisch-technische Assistenz
6. Hebammenkunde	14. Physiotherapie
7. Logopädie	15. Podologie
8. Masseur und medizinischer Bademeister	16. Rettungsassistenz[4]

Abbildung 12.1: In der GesinE-Studie untersuchte Gesundheitsfachberufe bzw. Ausbildungsgänge

Zum Erreichen dieses Ziels wurden drei Teilziele definiert:

1) Eine Bestandsaufnahme und ländervergleichende synoptische Darstellung der Ausbildungsgänge für die in Abb. 12.1 genannten Gesundheitsfachberufe anhand zentraler Kriterien.
2) Ländervergleichende Qualifikationsanalysen für die Medizinisch-technische Radiologieassistenz, die Physiotherapie sowie die Gesundheits- und Krankenpflege. Darin sollten die Ausbildungs-, Tätigkeits- und Kompetenzprofile sowie die mit ihnen verbundenen Qualifikationsanforderungen, Arbeitsaufgaben und deren interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen und nicht ärztlichen[5] Berufsgruppen untersucht werden, auch im Hinblick auf die Delegation und die Neuordnung von Aufgaben.
3) Darstellung zentraler Aspekte der Gesundheits- und Bildungssysteme in den Vergleichsländern, um die zu den Teilzielen 1 und 2 erzielten Ergebnisse einordnen zu können.

4 Die Untersuchung bezog sich auf die Rettungsassistenz nach der gesetzlichen Regelung von 1989 (vgl. RettAssG, 1989). Diese Regelung wurde nach Abschluss der Studie durch das Notfallsanitätergesetz mit der neuen Berufsbezeichnung Notfallsanitäter/in (vgl. NotSanG, 2013) abgelöst.

5 Die Umschreibung „nicht ärztlich“ ist prinzipiell eindeutig. Sie wird hier dennoch nur zurückhaltend verwendet und möglichst vermieden, da ihr Gebrauch die Vorstellung einer Negativabgrenzung (vgl. Bals, 1993) zwischen ärztlichen und anderen Berufen provoziert. Diese erscheint im Verständnis einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung in „Kooperation und Verantwortung“ abträglich (vgl. Bals, 1993; SVR, 2007).

12.2 Methodik

Zur Bearbeitung der Zielstellung wurde ein Design umgesetzt, das im Rahmen einer komparativen Querschnittstudie einen Multimethodenansatz mit quantitativen und qualitativen Elementen nutzte. Dabei wurde das Teilziel 1 anhand eines entwickelten Analyserasters mittels systematischer Inhaltsanalysen bearbeitet. Analysiert wurden insbesondere Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, Lehrpläne, Curricula und weitere Ausbildungsmaterialien sowie Stellungnahmen und Empfehlungen einschlägiger Institutionen.

Die Qualifikationsanalysen unter Teilziel 2 wurden mit mehreren Teiluntersuchungen bearbeitet. Hierbei wurden leitfadengestützte Interviews mit Berufsmigrantinnen, Stellenanzeigenanalysen, schriftliche leitfadengestützte Onlinebefragungen von Expertinnen aus Berufspraxis, -management, -bildung und -forschung, mündliche Befragungen von Expertinnen und Hospitationen in exemplarischen Institutionen sowie Onlinebefragungen von Berufsangehörigen eingesetzt.

Das methodische Vorgehen zur Umsetzung des Teilziels 3 glich dem Vorgehen für Teilziel 1. Als methodischer Zugang wurden vor allem Inhaltsanalysen nationaler und internationaler Materialien und Statistiken zu den Gesundheits- und Bildungssystemen gewählt.

12.3 Ergebnisse der GesinE-Studie

Im Folgenden werden ausgewählte zentrale Ergebnisse der Studie vorgestellt. Dies erfolgt anhand der drei Teilziele und die Gesundheitsberufe übergreifend.

12.3.1 Gesundheitsfachberufe – differenziert und unübersichtlich

Für die in der GesinE-Studie untersuchten in Deutschland als Gesundheitsfachberufe anerkannten Ausbildungsgänge findet sich in den Vergleichsländern in den meisten Fällen ein entsprechender Beruf, manchmal auch mehrere (vgl. Tab. 12.1).

Einen nationalen Sonderweg stellt die deutsche Altenpflegeausbildung dar. Vergleichbare als Gesundheitsfachberuf bzw. Heilberuf geregelte Ausbildungen für die Altenpflege gibt es in den anderen Ländern nicht. Andererseits gibt es in den Vergleichsländern Ausbildungen, für die es bisher (in staatlich anerkannter Form) keine deutschen Entsprechungen gibt. Als Beispiele hierfür

seien die Operating Department Practitioners (ODP)[6] in Großbritannien sowie die in den Niederlanden gesetzlich geschützten Berufe Oefentherapie[7] und Huidtherapie[8] genannt.

Anerkannte Ausbildungsgänge für Gesundheitsfachberufe in D	F	GB	NL	A
1. Altenpflege	×	×	×	×
2. Diätassistenz	✓	✓	✓	✓
3. Ergotherapie	✓	✓	✓	✓
4. Gesundheits- u. Kinderkrankenpflege	✓(a)	✓(b)	✓(a)	✓
5. Gesundheits- u. Krankenpflege	✓	✓	✓	✓
6. Hebammenkunde	✓	✓	✓	✓
7. Logopädie	✓	✓	✓	✓
8. Masseur u. med. Bademeister	×	×	×	✓(2)
9. MTA für Funktionsdiagnostik	×	✓(4)	✓(3)	×
10. Med.-techn. Laborassistenz	✓(2)	✓	✓(3)	✓
11. Med.-techn. Radiologieassistenz	✓	✓	✓	✓
12. Orthoptik	✓	✓	✓	✓
13. Pharmazeutisch-techn. Assistenz	✓	✓	✓	×
14. Physiotherapie	✓	✓	✓	✓
15. Podologie	✓	✓	✓	×
16. Rettungsassistenz	✓	✓	✓(a)	✓(2)

a) Als Weiterbildung auf der Basis einer Krankenpflegeausbildung
b) Als eine Vertiefungsrichtung innerhalb der Krankenpflegeausbildung (nursing).
(2), (3), (4) Anzahl der Entsprechungen zum deutschen Ausbildungsgang

Tabelle 12.1: Vorhandensein entsprechender Ausbildungsgänge in den Vergleichsländern

6 Operating Department Practitioners übernehmen Aufgaben, die in Deutschland i. d. R. von Pflegefachpersonen sowie seit den 1990er- bzw. den 2000er-Jahren auch von bisher staatlich nicht anerkannten Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen (OTA und ATA) in den Funktionsdiensten Operationssaal und Anästhesie wahrgenommen werden.
7 Oefentherapie ist ein der Physiotherapie ähnliches Berufsbild.
8 Huidtherapeuten behandeln Patienten mit medizinischen und kosmetischen Hautproblemen, Narben und Ödemen. Zudem versorgen sie Wunden.

Insgesamt stellt sich das Feld der Berufe im Gesundheitssektor als stark differenziert und unübersichtlich dar (vgl. Bollinger, 2005). Vielfach überschneiden sich Qualifikationsprofile und Aufgabenspektren. Zudem nimmt die Differenzierung und Spezialisierung der Qualifikationsprofile im Zeitverlauf sowohl horizontal als auch vertikal zu. Eine zufriedenstellende Taxonomie dieser Berufe liegt nicht vor. Ihre Strukturierung, z. B. nach Leistungsbereichen und inhaltlicher Verwandtschaft, suggeriert eine Systematik, die in der Realität so nicht gegeben ist. Dies gilt für Deutschland und für die untersuchten Vergleichsländer gleichermaßen. Dabei finden sich in Großbritannien und in den Niederlanden besonders aufgefächerte Aus- und Weiterbildungsberufsbilder sowie ein breites Spektrum an qualifizierten Helferinnen für die jeweiligen Gesundheitsfachberufe.

12.3.2 Gesundheitsberufe in den Bildungssystemen der Länder

Anders als in den Vergleichsländern, in denen die Aus- und Weiterbildungen in den untersuchten Berufen (weitgehend) in den regulären Bildungsstrukturen verortet sind, handelt es sich in Deutschland um „Ausbildungen der besonderen Art“, die eine Sonderstellung innerhalb des Systems der beruflichen Bildung einnehmen (Schneider, 2003). Das hat problematische Auswirkungen etwa auf die Finanzierung, die Lehrerbildung, die Qualitätssicherung der Ausbildung sowie die Weiterentwicklung ihrer Profile und damit verbunden auch auf die Berufsausübung (vgl. Stöcker, 2005; Bals et al., 2010).

Die (beruflichen) Bildungssysteme der Vergleichsländer sind in struktureller, organisatorischer und soziokultureller Hinsicht durch Traditionsvielfalt geprägt (vgl. Münk, 2006). Unterschiede bestehen beispielsweise in der Bedeutung, die beruflicher Bildung zugeschrieben wird. So wird die Berufsausbildung in Deutschland – deutlicher als in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden und zugleich ähnlich wie in Österreich – sowohl den konkreten Anforderungen des Arbeitsmarktes als auch breiteren gesellschaftlichen und persönlichen Entwicklungszielen verpflichtet gesehen (vgl. Brater, 2010).

Der berufspädagogische und -bildungspolitische Diskurs in Deutschland bezieht sich deshalb zugleich auf eine Beibehaltung und Weiterentwicklung des deutschen (dualen Ausbildungs-) Berufskonzepts im sekundären Bildungssektor. Erklärtes Ziel ist eine moderne Beruflichkeit mit flexibilisierten Berufsbildern, die berufliche Handlungsfähigkeit und -kompetenz sowie Beschäftigungsfähigkeit gleichermaßen vereint (vgl. Brater, 2010; Rauner, 2010). Wenngleich die Gesund-

heitsfachberufe nicht nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) im dualen System geregelt werden, wird auch ihre Weiterentwicklung durch diesen Diskurs mitbestimmt.

Im Ländervergleich stellt sich das Berufsbildungssystem in Deutschland – ähnlich wie in Österreich – als ein breit streuendes, auf das mittlere und untere Qualifikationsniveau ausgerichtetes System dar (vgl. Baethge, 2008). Seine Stärken liegen darin, der überwiegenden Mehrheit junger Menschen eine qualifizierte Ausbildung und diverse Beschäftigungschancen zu eröffnen (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung, 2006; Baethge, 2008). Anders sieht die Situation vor allem in Frankreich und Großbritannien aus. Hier findet sich eine stärkere Orientierung auf Ausbildungen im tertiären System, aber zugleich auch eine sehr hohe Jugendarbeitslosigkeit (vgl. OECD, 2011).

Das deutsche System hat aber auch Schwächen. So besteht – wiederum ähnlich wie in Österreich – die Besonderheit, dass das nicht akademische Berufsbildungssystem und der Hochschulbereich bislang eine deutliche Trennung aufweisen (vgl. Konsortium Bildungsberichterstattung, 2006). Die Folgen sind eine geringe Durchlässigkeit der Bildungssektoren und behinderte Karrieremöglichkeiten für junge Erwachsene, die in nicht akademischen Strukturen qualifiziert werden. Hingegen findet sich besonders in Großbritannien und den Niederlanden eine hohe Durchlässigkeit der Bildungssektoren, was vielfältige weiterführende Bildungsoptionen ermöglicht.

Diese Optionen bestehen jedoch nicht seit jeher. Eher ist es so, dass dem zunehmenden Problem- und Reformdruck in den Gesundheitssystemen in diesen Vergleichsländern in den vergangenen Jahren mit rege(re)n Aktivitäten begegnet wurde, welche beispielsweise auch Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Qualifizierung und Ausübung der Gesundheitsberufe einschlossen. Diese wurden zugleich von den Aktivitäten im Zusammenhang mit der Umsetzung der Bologna- sowie Lissabon- und Brügge-Kopenhagen-Strategien zur Schaffung des gemeinsamen europäischen Bildungsraums beeinflusst. Diese moderierten als „Rückenwind aus Europa" die Konzeption und Umsetzung tiefgreifender nationaler Reform-Agenden in den (Gesundheitsberufs-)Bildungssystemen (vgl. Busemeyer, 2009).

12.3.3 Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer und Abschlüsse

Obwohl ein Vergleich der Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen zwischen den Ländern nicht allein quantitativ nach Schulbildungsdauer und -abschlusstiteln vorgenommen werden kann (vgl. Schneider, 2008), ist dennoch auf den Unterschied zu verweisen, dass in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und auch in Österreich, im Gegensatz zu Deutschland, für

die Aufnahme einer Ausbildung in der Mehrzahl der analysierten Berufe eine Hochschulzugangsberechtigung vorausgesetzt wird. In Deutschland hingegen genügt meist eine erfolgreich abgeschlossene 10-jährige Schulbildung oder ein Hauptschulabschluss in Kombination mit einer mindestens 2-jährigen Berufsausbildung.

Zugleich aber spielt in den Vergleichsländern die Möglichkeit der Anerkennung vorangegangener (außer-)schulischer Lernerfahrungen und erworbener beruflicher Kompetenzen als alternative Zugangsvoraussetzung zu den hochschulischen Ausbildungen eine größere Rolle als in Deutschland. Dadurch können dort Interessierte trotz formal unzureichender schulischer Voraussetzungen eine entsprechende Ausbildung bzw. ein Studium aufnehmen.

Die Ausbildungsdauer der einzelnen Berufe variiert zwischen den Vergleichsländern teilweise deutlich. Für Hebammen liegt die Spanne z.B. zwischen drei Jahren in Deutschland und Österreich, über drei oder vier Jahre in Großbritannien, vier Jahre in den Niederlanden und fünf Jahre in Frankreich. Dabei ist eine längere Ausbildungszeit in vielen Berufen nicht mit mehr Kompetenzen im jeweiligen Beruf verbunden. Erweiterte Kompetenzen werden vielfach erst durch weiterführende Bildungsgänge erworben.

In Deutschland führen alle Gesundheitsfachberufsausbildungen im sekundären Bildungssektor zu einem staatlich anerkannten Berufsabschluss. Darüber hinaus können hier seit wenigen Jahren aufgrund primärqualifizierender Modellstudiengänge in der Altenpflege, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sowie in der Hebammenkunde sowohl ein Berufsabschluss *als auch* ein Bachelorabschluss als erster akademischer Grad erworben werden. Letzterer ist – einschließlich der Berufszulassung – in Großbritannien und den Niederlanden für die überwiegende Zahl der hier untersuchten Berufe die Regel. Auch in Frankreich und Österreich fand bzw. findet für zahlreiche Berufe aktuell eine Umstellung der Ausbildungen auf berufszulassende Bachelorstudiengänge statt.

Entsprechend des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) sind die Abschlüsse der meisten Berufe in den Vergleichsländern auf Stufe 6 angesiedelt. Dagegen wurden die Abschlüsse in Deutschland, abgesehen von den Ausbildungen nach den Modellklauseln in den Berufszulassungsgesetzen der oben genannten Berufe, überwiegend auf Stufe 4 oder sogar darunter verortet (vgl. BMBF, 2012). Die vorliegenden Analysen zeigen jedoch, dass sowohl von den (deutschen) Berufsordnungen als auch von den EQR-Stufenzuordnungen keine eindeutigen Schlüsse auf die Aufgaben, Kompetenzen und Befugnisse der Berufsangehörigen ableitbar sind.

12.3.4 Passung von Ausbildung und Berufsausübung

Unter der Fragestellung, ob die derzeitigen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen hinreichend auf die Berufsausübung vorbereiten, lassen die Ergebnisse für alle fünf Länder Übereinstimmungen, aber auch Divergenzen erkennen.

Unstimmigkeiten zwischen Ausbildung und Berufspraxis sind einerseits häufig dahingehend zu finden, dass in der Ausbildung vermittelte Kompetenzen aufgrund widriger Rahmenbedingungen in der Praxis nicht genutzt werden können. Andererseits bestehen sie darin, dass die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen häufig nicht den aktuellen und zukünftigen Bedarfen der Berufspraxis entsprechen.

Schwächen lassen sich den befragten Expertinnen und Berufsangehörigen zufolge in allen Ländern finden, – je nach Beruf – u. a. in der Vermittlung von Informations-, Anleitungs- und Beratungsaufgaben. Weiterhin bestehen Defizite in der Vorbereitung der angehenden Berufsangehörigen für die Versorgung chronisch kranker und alter Menschen, sowohl im Krankenhaus als auch in der stationären Langzeitpflege und in der häuslichen Versorgung. Dabei sind die Absolventinnen nur selten in der Lage, die Bedarfslagen der zu versorgenden Personen in ihrem Lebensumfeld zu erkennen. So sieht sich beispielsweise maximal ein Viertel der befragten Pflegefachpersonen in den einzelnen Ländern gut auf das Handeln in Pflegeheimen oder in der häuslichen Pflege vorbereitet.

Die in allen Vergleichsländern zu findenden vielfältigen Weiterqualifizierungsmöglichkeiten stützen zudem die These, dass die berufszulassenden Ausbildungen die aktuellen und zukünftigen Qualifikationsbedarfe nicht im erforderlichen Umfang abdecken können. Stattdessen stellen sie für einen Großteil der Berufsangehörigen eine Art Basisqualifikation für darauf aufbauende Spezialisierungen dar.

12.3.5 Verortung der Ausbildung – Einfluss auf Kompetenzen und Zusammenarbeit

Von den befragten Expertinnen wurde die Verlagerung (von Teilen) der Aus- und Weiterbildung – hier für die Pflegeberufe, die Physiotherapie sowie die Medizinisch-technische Radiologieassistenz – in den Hochschulsektor nicht grundsätzlich infrage gestellt. Dies gilt für alle fünf Länder. Die Expertinnen in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden wünschen sich jedoch teilweise Nachbesserungen in den hochschulischen Ausbildungen.

So sei beispielsweise die derzeitige akademische Pflege- und Physiotherapieausbildung von einem Wissenszuwachs bei einem gleichzeitigen Verlust an ausreichendem Lern- und Erfahrungsraum in der Berufspraxis gekennzeichnet. Die Anbahnung praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sollte mehr beachtet werden, da das in der hochschulischen Ausbildung vielerorts genutzte Lernen und Üben in Skills-Labs die reale Praxiserfahrung nur teilweise ersetzen kann. Die Lernzeiten in der Pflegepraxis erscheinen oft als zu kurz. Hinzu kommt, dass der Status als Studierende bzw. Praktikanten für eine Einbindung in die Praxisteams und damit für ein intensives Praxislernen hinderlich ist.

In diesem Punkt zeigt sich, dass die deutschen Ausbildungen im sekundären Bildungssektor nicht pauschal unterbewertet werden dürfen. Ihre besondere Stärke besteht in der praxisnahen Ausbildung mit verhältnismäßig viel direktem Patientenkontakt. Dies ermöglicht den Lernenden, das Erlernte in der direkten Patientenversorgung anzuwenden, zu trainieren und so erste Praxiserfahrungen zu erwerben.

Zugleich machen die Ergebnisse aber auch deutlich, dass die akademischen berufszulassenden Ausbildungen in einer Reihe von Aspekten deutliche Vorteile gegenüber den bisherigen Ausbildungen mit ihrer Sonderstellung innerhalb des sekundären Sektors aufweisen. Das betrifft insbesondere die im Studium erworbene Kompetenz zur Erschließung und Übertragung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis (Evidenzbasierung) sowie die Kompetenz der Umsetzung reflektierter Entscheidungsfindungsprozesse.

> „(…) die Bachelorausbildung in Holland war definitiv dazu gedacht, mit dem erworbenen Wissen zu denken und zu arbeiten. Und das ist, glaub‘ ich, ein großer Unterschied, weil das erworbene Wissen in der Berufsausbildung in Deutschland nur zur Anwendung gedacht ist. Also nicht fragen, nicht hinterfragen, schon gar nicht erst mal nachfragen, sondern einfach nur machen. Und das am besten, was jemand vorgibt. Und das ist halt in den Niederlanden nicht so (…), da ist Eigendenken, Eigenumsetzung und ja auch das Ganze mal ein bisschen innovativ anzupacken, aber trotzdem dem Standard und dem Wissenschaftsniveau angepasst, gewünscht. Und das entwickelt eine Dynamik oder auch eine Professionsdynamik, die in Deutschland gar nicht ausgebildet wird.“ (Interviewaussage einer Berufsmigrantin aus der Physiotherapie)

Mit der in den Vergleichsländern unterschiedlich weitreichenden Akademisierung der Gesundheitsfachberufe entstanden neue Beziehungssysteme zwischen den Leistungserbringern. Kennzeichnend dafür sind neu gestaltete Aufgabenzuschnitte und Verantwortungsbereiche sowie Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (vgl. SVR, 2009; Troschke/Stößel, 2012). So wurde von den befragten Expertinnen in Großbritannien und den Niederlanden in der rückblickenden Betrachtung des Akademisierungs- und Professionalisierungsprozesses – hier

exemplarisch für die Pflege und die Physiotherapie – berichtet, dass mit der steigenden Anzahl akademisch qualifizierter Berufsangehöriger im Praxisfeld eine Zunahme der interprofessionellen Kooperation „auf Augenhöhe", vor allem auch mit Ärztinnen, eintrat. Diese Veränderungen versprechen günstige Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung.

12.3.6 Qualifikationsstufenkonzepte und Kompetenzerweiterungen

Um die Qualität der Gesundheitsleistungen zu steigern und um Begabungsreserven zu nutzen, wird eine Optimierung des (Gesundheits-)Berufsbildungssystems gefordert (vgl. Greinert, 2008). Gefragt sind Ausbildungsmodelle, die unterschiedliche Qualifikationsstufen sowie horizontale, diagonale und vertikale Durchlässigkeit und Anschlussmöglichkeiten über Bildungssektoren hinweg gewährleisten (vgl. Meifort, 2004; Landenberger, 2005).

Die Umsetzung gestufter Qualifikationskonzepte mit Assistenz-, Bachelor-, Master- und Promotionsabschlüssen ist – unter Berücksichtigung der damit zugleich verbundenen Leitvorstellung des lebenslangen Lernens, die seit 2006 für die Berufsbildungssysteme der EU gilt (vgl. Brater, 2010) – in Großbritannien und den Niederlanden am weitesten vorangeschritten. Hier bestehen in vielen Berufen sowohl Qualifizierungsmöglichkeiten auf Assistenzniveau als auch weiterführende Spezialisierungsmöglichkeiten, die häufig mit einer erheblichen Kompetenzerweiterung der Berufsangehörigen verbunden sind.

Die in den vergangenen Jahren ermöglichten Kompetenzerweiterungen sollen wesentlich zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung der Leistungserbringung im Gesundheitssystem beitragen. Häufig geht es dabei um Kompetenzerweiterungen zur Übernahme von Aufgaben, die vormals Ärztinnen zugeordnet waren, um dem zunehmenden ärztlichen Personalmangel entgegenzuwirken.

Ein damit verbundenes Schlagwort lautet *advanced practice*. Gemeint ist die formale Erweiterung fachspezifischer Handlungskompetenzen, insbesondere für Pflegende, Hebammen und Therapieberufsangehörige, im Hinblick auf eine eigenständige Diagnostik, Befundung und Behandlung sowie unterschiedlich weitreichende Verschreibungsbefugnisse für Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel (vgl. Hamric et al., 2004). Advanced Practitioners, d. h. Berufs- bzw. Professionsangehörige, die im Sinne einer erweiterten und vertieften Praxis tätig sind, übernehmen weitgehend eigenständig Aufgaben, die einerseits von einer bestehenden anderen Profession, z. B. der ärztlichen, nicht (mehr) hinreichend wahrgenommen werden können. Andererseits nehmen sie Aufgaben wahr, die durch gesellschaftliche Veränderungen, beispielsweise durch den demografi-

schen Wandel, neu entstanden sind (Kuhlmey et al., 2011). Advanced Practitioners zeichnen sich durch Expertenwissen und Know-how in einem spezifischen Handlungsbereich aus. Sie verfügen über Führungsfähigkeiten und können andere fachlich einarbeiten. Sie agieren aktiv innerhalb interdisziplinärer Teams und werden beispielsweise von Kolleginnen in komplexen Handlungssituationen konsultierend hinzugezogen. Sie verfügen über Entscheidungsfindungskompetenz sowie über Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten, die sie zur Verbesserung der Patientenversorgung einsetzen (vgl. Hamric et al., 2004).

Ein weiteres im Hinblick auf die Kompetenzerweiterung zentrales Konzept ist *direct access*, d. h. die Leistungserbringung im Direktzugang ohne ärztliche Verordnung, die vor allem für die Therapieberufe in Großbritannien sowie den Niederlanden bereits praktiziert wird (vgl. Zalpour, 2007).

Die Schaffung weiterführender Abschlüsse mit formaler Kompetenzerweiterung, wie die eben skizzierten, bietet einerseits interessante berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, etwa für Pflegeberufsangehörige. Anderseits sei aber darauf hingewiesen, dass das faktische Handeln von Pflegenden – spezifisch auch jener *mit* erweiterten Kompetenzen – vielfach nach wie vor deutlich an einem medizinischen Denk- und Handlungsmodell und auf ärztliche Assistenz- oder Vertretungsfunktion ausgerichtet ist. In einem medizindominierten Denken besteht – so die Einschätzung der dazu Befragten – die Gefahr, sich vom Kern pflegeberuflichen Handelns zu entfernen. Auf diese Weise entwickelt sich Pflege nicht als eigenständige Profession weiter.

Im Gegensatz zu Großbritannien und den Niederlanden sind weiterführende Spezialisierungsmöglichkeiten mit Kompetenzerweiterungen – insbesondere in Form fachspezifischer konsekutiver wie nicht konsekutiver Studiengänge – in Deutschland, Frankreich und Österreich zahlenmäßig erst begrenzt vorhanden. Dabei bestehen zwar auch in Deutschland je nach Beruf zahlreiche nicht-akademische Weiterqualifizierungsmöglichkeiten, so etwa in der Physiotherapie und Pflege. Damit sind jedoch vielfach keine beruflichen Weiterentwicklungen in Form von Aufgaben- und Verantwortungserweiterungen sowie Gehaltserhöhungen und die Einnahme neuer angemessener Laufbahnpositionen verbunden.

Auffallend ist, dass diejenigen Länder, die einen fortgeschrittenen Entwicklungsstand hinsichtlich der Kompetenzerweiterung der Gesundheitsfachberufe aufweisen, zugleich eine etablierte Selbstverwaltung („Verkammerung“) dieser Berufe haben. Die Selbstverwaltung wird zunehmend auch in Frankreich umgesetzt. Hingegen gibt es in Deutschland und Österreich – mit Ausnahme der Hebammen in Österreich – bislang keine Selbstverwaltungsorgane für die Gesundheitsfachberufe. Somit spielt hier die berufliche Registrierung und die damit verbundenen

nachweispflichtigen Fortbildungsaktivitäten zur Aufrechterhaltung der Berufserlaubnis bislang kaum eine Rolle.

12.3.7 Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit

Die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit stellt für Gesundheitsfachberufsangehörige aller fünf Länder eine zentrale Aufgabe dar. Die Bewertungen zu ihrem Gelingen fallen in Deutschland, Frankreich und Österreich dabei schlechter aus als in den anderen Ländern. Prägend sind hier ärztlich dominierte, hierarchische Strukturen.

Die Ergebnisse der GesinE-Studie bestätigen zudem einmal mehr die Ergebnisse anderer Studien, die zeigen, dass der Mitarbeiterinneneinsatz oft *wenig* qualifikationsadäquat erfolgt. Vielfach übernehmen Mitarbeiterinnen Aufgaben, für die sie entweder nicht die notwendige Qualifikation haben oder die unter ihrem Qualifikationsniveau liegen (vgl. Buchan/Dal Poz, 2002; Paquay et al., 2007; MDS, 2012). Das wirft Fragen danach auf, inwiefern sich das Handeln der unterschiedlich qualifizierten Personen unterscheidet, welche Auswirkungen dies für die Versorgungspraxis hat und wie damit in der Arbeitsprozessgestaltung umzugehen ist.

Gesundheitsberufsangehörige, die in interprofessionellen Teams gleichberechtigt komplementäre und ineinander greifende Leistungen erbringen, gelten international als Schlüssel zum Erfolg einer patienten- und ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung (vgl. Frenk et al., 2010). Deshalb zielen aktuelle Bestrebungen darauf ab, die Kooperation und Aufgabenteilung innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen zu fördern bzw. neu zu regeln. Diese Entwicklungen erfordern von den Berufsangehörigen veränderte Rollen und Routinen. Dabei bestehen sowohl inhaltliche und methodische Weiterentwicklungsbedarfe der Berufsbildung als auch Bedarf an tragfähigen Praxiskonzepten zur Ausgestaltung der intra- und interprofessionellen Kooperation (vgl. Sieger/Gorontzi, 2009). Hierzu liegen vor allem in Großbritannien und den Niederlanden anschlussfähige Konzepte vor.

Zu nennen ist hier beispielsweise das für die Beschäftigten im britischen Nationalen Gesundheitsdienst konzipierte „Career Framework for Health“ (vgl. NHS Careers, 2012) (vgl. Abb. 12.2).

Die Entwicklung dieses Karriererahmens und zugleich Qualifikationsstufenkonzepts stellt ein zentrales Element innerhalb einer umfangreichen Strategie zur zukunftssicheren Gestaltung des britischen Gesundheitssystems dar. Auf der Basis des in Abb. 12.2 skizzierten allgemeinen neunstufigen Rahmens wurden spezifische Stufenkonzepte für die einzelnen Disziplinen, beispielsweise Pflege- und Therapieberufe, erarbeitet. Darin sind sowohl detaillierte Qualifikations-

anforderungen als auch entsprechend zulässige Aufgaben für die Angehörigen der jeweiligen Kompetenzstufe definiert.

Als Personalentwicklungs- und Personalbindungsinstrumente bilden die Stufenkonzepte Entwicklungsmöglichkeiten in horizontaler und vertikaler Richtung ab (vgl. NHS Careers, 2012). Durch die Schaffung von Karrierechancen können positive Anreize für besonders qualifizierte und motivierte Fachkräfte gesetzt werden.

Zugleich tragen die Stufenkonzepte als Referenzinstrumente zur Übersichtlichkeit der zahlreichen und bisher auf unterschiedlichsten Niveaus angesiedelten Abschlüsse und Kompetenzen der Gesundheitsberufsangehörigen bei und bieten Orientierung für die Gestaltung zukünftiger Qualifizierungskonzepte. Damit stellen sie Strukturen zur Entwicklung, Beschreibung und Systematisierung der Beziehungen von Qualifikationen bereit, die das Anforderungsniveau von Arbeitsaufgaben im Vergleich miteinander klären helfen (vgl. Thiel/Kühn-Hempe, 2013). Dies ist für einen qualifikationsadäquaten Mitarbeiterinneneinsatz hilfreich.

<table>
<tr><th colspan="2">Stufenkonzept der Qualifikations- und Karriereleiter im britischen Nationalen Gesundheitsdienst</th></tr>
<tr><td>LEVEL 9: More Senior Staff …</td><td rowspan="8">Qualifikationsstufen und Rollen für Fachpersonal – jeweils für die klinische Praxis sowie für Management-, Forschungs- und Bildungsaufgaben</td></tr>
<tr><td>… sind Personen mit umfassender Verantwortung und Rechenschaftspflicht für Entscheidungsprozesse, z. B. als Pflegedienstdirektor oder Leiterin einer Forschungsabteilung</td></tr>
<tr><td>LEVEL 8: Consultant Practitioners …</td></tr>
<tr><td>… sind Personen mit einer sehr hohen klinischen Expertise und/oder der Verantwortung für komplexe Planungs- und Managementprozesse</td></tr>
<tr><td>LEVEL 7: Advanced Practitioners …</td></tr>
<tr><td>… sind erfahrene, weiterqualifizierte Fachpersonen mit einem hohen Maß an Können und Wissen, die i. d. R. mit einer erweiterten Handlungskompetenz (z. B. Verschreibungsbefugnis) ausgestattet sind</td></tr>
<tr><td>LEVEL 6: Senior or Specialist Practitioners …</td></tr>
<tr><td>… sind Personen, die auf der Basis von Berufserfahrung und Fort- und Weiterbildung mit einem höheren Maß an Autonomie und Verantwortungszuschreibung handeln als LEVEL 5-Personen</td></tr>
</table>

Stufenkonzept der Qualifikations- und Karriereleiter im britischen Nationalen Gesundheitsdienst	
LEVEL 5: Practitioners …	
… beruflich registrierte Fachpersonen mit einer umfassenden beruflichen Ausbildung, die eine eigenständige Berufsausübung ermöglicht	
LEVEL 4: Assistant or Associate Practitioners …	
… übernehmen unter Aufsicht von Fachpersonal Routine- und standardisierbare Aufgaben; können dabei selbst mit der Anleitung und Beaufsichtigung von Mitarbeitern betraut sein	
LEVEL 3: Senior Healthcare Assistants/Technicians …	Assistenz- und Helferqualifikationen bzw. -funktionen
… werden – aufgrund ergänzender Fort- und Weiterbildungen sowie von Berufserfahrung – mit umfassenderen Aufgaben betraut als Level 2-Personen	
LEVEL 2: Support Workers …	
… arbeiten unter Anleitung von Fachpersonal; unterstützen dieses bei Aufgaben im klinischen, administrativen oder technischen Bereich	
LEVEL 1: Initial entry level jobs …	
… nicht klinisches Personal in Rollen, die eine geringe formale Bildung erfordern; übernehmen einfache Aufgaben	

Abbildung 12.2: Stufenkonzept der Qualifikations- und Karriereleiter im britischen Nationalen Gesundheitsdienst (modifiziert nach Skills for Health, 2010; NHS Careers, 2012)

12.4 Folgerungen aus den Ergebnissen

Die vielfältigen Herausforderungen in den Gesundheitssystemen stellen die Angehörigen der Gesundheitsberufe vor Veränderungen bezüglich ihrer Qualifikationen und Kompetenzen und bedürfen einer kohärenten Gesundheitsbildungspolitik (vgl. Careum, 2012). Weder Bildungs- noch Gesundheitssysteme sollten dabei an den gesellschaftlichen Entwicklungen vorbei „reformiert“ werden. Die Gesundheitsbildungspolitik ist gefordert, die Bedarfe der Gesundheitssysteme in angemessenen Bildungsprogrammen zu antizipieren. Dafür sind Signale der Gesundheitspolitik notwendig, um zu zeigen, welche Kompetenzen und Expertisen zukünftig notwendig sind (vgl. Traynor/Rafferty, 1998; Klemperer, 2006; Careum, 2012). Dieses Erfordernis wird – insbesonde-

re in den deutschsprachigen Ländern – derzeit nicht hinreichend wahrgenommen (vgl. Careum, 2012). Dabei wird dem deutschen Gesundheitssystem eine besondere Trägheit zugeschrieben (vgl. Klemperer, 2006; SVR, 2007, 2009).

Die Ergebnisse der Studie lassen für keines der Vergleichsländer eine umfassend erfolgreiche Lösung für die Ausgestaltung der (Aus-)Bildung in den Gesundheitsfachberufen erkennen. In jedem Land sind sowohl positive als auch kritische Aspekte festzustellen und ist eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe erforderlich. Im Vergleich der hier untersuchten Länder bestätigen die Studienergebnisse dies insbesondere für Deutschland.

In Deutschland liegen – anders als in den anderen Vergleichsländern – für die meisten Gesundheitsfachberufe kaum verbindliche „Standards" zur Berufsausübung sowie Richtlinien oder nationale Lehrpläne vor, die über die allgemein gehaltenen Aussagen zu den Zielen und Inhalten der Ausbildungen in den Berufsgesetzen und den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hinausgehen. Das hängt damit zusammen, dass die Bundesländer ihre Aufgabe, auf der Basis der Bundesgesetze nähere Regelungen zur inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung der Ausbildungen zu treffen, vielfach wenig wahrnehmen (vgl. Kraus et al., 2004). Außerdem wurden die bundesgesetzlichen Grundlagen für die Ausbildung vieler Gesundheitsfachberufe seit langem nicht grundlegend aktualisiert. So stammen das Ergo-therapeutengesetz aus dem Jahr 1976 und das Gesetz über den Beruf des Logopäden aus dem Jahr 1980. Die Berufsgesetze z. B. für Orthoptistinnen, Medizinisch-technische Assistentinnen, Diätassistentinnen und Physiotherapeutinnen datieren aus Ende der 1980er- oder aus der ersten Hälfte der 1990er-Jahre. Seither haben sie keine signifikanten Aktualisierungen erfahren (vgl. ErgThG 1976; LogopG, 1980; OrthoptG, 1989; MTAG, 1993; DiätAssG, 1994; MPhG, 1994). Diese Situation lässt sich in keinem der Vergleichsländer wiederfinden.

Zwar ist davon auszugehen, dass neues Wissen und neue Techniken kompensatorisch durch die Lehrenden in den theoretischen und praktischen Unterricht eingebunden und in der (Aus-)Bildungspraxis vermittelt werden, doch kann nicht mit Sicherheit angenommen werden, dass dies flächendeckend im notwendigen Umfang und in der gebotenen – zu definierenden – Qualität stattfindet. Ein Überarbeiten der Ausbildungskataloge durch das Aufgreifen wissenschaftlich geprüfter Lerninhalte und Lernarrangements sowie eine Festlegung der zu erzielenden Kompetenzen erscheint zeitnah notwendig. Dies zeigt vor allem die Qualifikationsanalyse für die Berufe Medizinisch-technische Assistenz, Physiotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege.

Zentrale berufsübergreifende Verbesserungsbedarfe betreffen dabei die

- Bearbeitung aktueller berufsrelevanter Lerngegenstände und eine stärkere Praxisorientierung der (hoch-)schulischen Ausbildung;
- Vorbereitung der Lernenden auf die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und hochaltriger Menschen;
- Abkehr der Ausbildungsinhalte von der dominanten Krankenhausorientierung und Übergang zu einer intensiveren Vorbereitung auf das Handeln in neuen, an Bedeutung zunehmenden Tätigkeitsfeldern, insbesondere die ambulante (Langzeit-)Ver-sorgung;
- Vermittlung von Kompetenzen zu wissenschaftlich orientiertem Denken und Lernen sowie zum Evidence-basierten Handeln;
- Herausbildung von Fähigkeiten zu einer (selbst-)kritischen Haltung und zur Reflexion, zur begründeten Entscheidungsfindung und zum prozesshaften Handeln;
- Anbahnung von Fähigkeiten zu Organisation, Planung, Verteilung und Evaluation von Arbeitsaufgaben sowie zur Anleitung von Mitarbeitern, die keine Fachpersonen sind, wie Helfer- und Assistenzpersonen, sowie
- Stärkung von Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Verbesserungen in der Qualifizierung und Berufsausübung sind dabei, so zeigen die Ergebnisse der Studie, vor allem auch von den erkennbaren Potenzialen einer (teilweisen) Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zu erwarten. Die Ergebnisse entsprechen den „Empfehlungen zu [den] hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen" des Wissenschaftsrats (WR, 2012) und den Einschätzungen und Vorschlägen im Konzeptpapier „Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland" (Ewers et al., 2012).

12.5 Methodenkritik und Begrenzung der Ergebnisse

Eine zentrale Herausforderung für die Bearbeitung der Studie bestand im Mangel an elaborierten Theorien und Methodologien zur international vergleichenden Berufsbildungsforschung (vgl. Ditton, 2000; Lauterbach, 2006; Pfau-Effinger et al., 2009). So konnten keine Best-Practice-Beispiele adaptiert, allenfalls vorbildhafte Elemente aus Einzelarbeiten herangezogen werden. Die zum Teil pragmatisch gewählten methodischen Vorgehensweisen zeigen den Bedarf an Grundla-

genarbeit zur Weiterentwicklung theoretischer und methodologischer Zugänge für die international bzw. interkulturell vergleichende (Gesundheits-)Berufsbildungsforschung auf.

Trotz methodisch begründeter Limitierungen bestätigen die Ergebnisse der GesinE-Studie jedoch durchaus die besonderen Erkenntnischancen der international bzw. europäisch vergleichenden Berufsbildungsforschung. Mit den hier dargestellten Ergebnissen können Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildung und Berufsausübung im Kooperationsgeflecht der Akteure im Berufsfeld Gesundheit und Pflege und dabei alternative Sicht- und Denkweisen in verschiedenen Ländern aufgezeigt werden (vgl. Øyen, 1990; Tessaring, 1999; Lauterbach, 2006). Wenn bei einem solchen Vorgehen die spezifischen, historisch gewachsenen, kulturell geprägten Besonderheiten der jeweiligen Gesundheits- und Berufsbildungssysteme mit ihren eigenen Stärken und Schwächen berücksichtigt werden und individuelle Erfahrungen nicht in unzulässiger Weise verallgemeinert, sondern vor dem Hintergrund der jeweiligen Gegebenheiten eines Landes interpretiert werden, dann sind daraus Impulse und „Lehren" für Deutschland ableitbar (vgl. Lauterbach, 2006).

Methodisch ging es in der Studie dabei explizit nicht darum, am Ende *ein* Ergebnis zu präsentieren, etwa im Sinne einer Rangfolge der Güte der Gesundheitsberufsbildungssysteme der Vergleichsländer. Dies wäre der Komplexität des Gegenstands und dem Anspruch der international vergleichenden Forschung nicht angemessen. So zeigt der GesinE-Abschlussbericht (vgl. Lehmann et al., 2014) viele Facetten auf und lässt sehr unterschiedliche Befunde nebeneinander stehen, um sie für die aktuelle Diskussion in Deutschland nutzbar zu machen. Das Ziehen begründeter Konsequenzen bleibt nun dem Diskussions- und Aushandlungsprozess zentraler, an der Fortentwicklung des Wandels der Gesundheitsberufe beteiligter Akteure vorbehalten.

Für die Gestaltung zukunftsfähiger Gesundheitsberufsprofile und Ausbildungsprogramme ist eine breite, verlässliche und auf Forschungsergebnisse gestützte Informationsbasis unerlässlich (vgl. Darmann-Finck/Foth, 2011). Die GesinE-Studie leistet hierzu einen wichtigen, wenn auch einen nicht vollumfänglichen Beitrag. Eine ganze Reihe von gesundheitsberufsbildungsbezogenen (Forschungs- und Praxisentwicklungs-)Fragen harrt der weiteren Klärung. Für die Bearbeitung dieser Fragen bedarf es einer systematisch stattfindenden Berufsbildungsforschung und -steuerung auf Bundesebene. Diese erscheint für eine auf Forschungsergebnisse gestützte Entscheidungsfindung zur strategischen Planung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufsbildung in Deutschland unabdingbar.

Literatur

Baethge, M. (2008). *Das berufliche Bildungswesen in Deutschland am Beginn des 21. Jahrhunderts*. In: Cortina, K. S./Baumert, J./Leschinsky, A. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 541–597.

Bals, T. (1993). *Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze*. Alsbach/Bergstraße: Leuchtturm.

Bals, T./Grunau, J./Unger, A. (2010). *Qualitätsentwicklung an Schulen des Gesundheitswesens. Kriterien, Indikatoren, Standards*. Tagungsunterlage zur Abschlussveranstaltung des Projekts „AQiG Reloaded". (29.06.2010). Berlin: Robert Bosch Stiftung.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012). *Wichtiger Schritt hin zum Bildungsraum Europa. Einigung bei der Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens*. Pressemitteilung 012/2012 (31. Januar 2012). http://www.bmbf.de/_media/press/pm_0131-012(1).pdf (09.09.2014).

Bollinger, H. (2005). *Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive*. In: Bollinger, H./Gerlach, A./Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 13–30.

Brater, M. (2010). *Berufliche Bildung*. In: Böhle, F./Voß, G. G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 805–837.

Buchan, J./Dal Poz, M. R. (2002). *Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence*. Bulletin of the World Health Organization, 80, S. 575–680.

Busemeyer, M. (2009). *Die Europäisierung der deutschen Berufsbildungspolitik. Sachzwang oder Interessenpolitik?* Reihe Internationale Politikanalyse. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.

Careum (Hrsg.) (2012). *Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachberufe*. Report Careum Dialog 2012. Zürich: Careum-Eigenverlag.

Darmann-Finck, I./Foth, H. (2011). *Bildungs-, Qualifikations- und Sozialisationsforschung in der Pflege*. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, S. 165–182.

Ditton, H. (2000). *Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in Schule und Unterricht. Ein Überblick zum Stand der empirischen Forschung*. In: Helmke, A./Hornstein, W./Terhart, E. (Hrsg.): Qualität und Qualitätssicherung im Bildungswesen. Schule, Sozialpädagogik, Hochschule. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 41, S. 73–93.

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W. et al. (2012). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137 (Suppl. 2), S. 29–76.

Frenk, J./Chen, L./Bhutta, Z. A./Cohen, J. et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet, 376 (9756), S. 1923–1958.

Greinert, W. D. (2008). *Einführung in den Themenschwerpunkt „Internationaler Vergleich"*. In: Münk, D./Gonon, P./Breuer, K. (Hrsg.): Modernisierung der Berufsbildung. Neue Forschungserträge und Perspektiven der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Leverkusen: Budrich, S. 11–15.

Hamric, A. B./Spross, J. A./Hanson, C. M. (2004). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*. Philadelphia: Saunders.

Klemperer, D. (2006). *Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Eine Profession im Wandel*. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Huber, S. 61–73.

Konsortium Bildungsberichterstattung (2006). *Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Bielefeld: Bertelsmann.

Kraus, K./Müller, S./Gonon, P. (2004). *Gesundheitsberufe in der Grenzregion. Eine international-vergleichende Regionalstudie zur beruflichen Bildung*. Frankfurt a. M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

Kuhlmey, A./Höppner, K./Schaeffer, D. (2011). *Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen*. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 661–679.

Landenberger, M. (2005). *Gesamtfazit: Zukunft der deutschen Pflegeausbildung*. In: Landenberger, M./Stöcker, G./Filkins, J. et al.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, S. 271–281.

Lauterbach, U. (2006). *Die Schritte zu einer internationalen und international vergleichenden Berufsbildungsforschung*. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 44–51.

Lehmann, Y./Beutner, K./Karge, K./Ayerle, G. et al. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)*. Hrsg.: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn/Berlin: BMBF. http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (09.09.2014).

MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2012). *3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Essen: MDS.

Meifort, B. (2004). *Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen*. Bielefeld: Bertelsmann.

Münk, D. (2006). *Berufliche Aus- und Weiterbildung in Europa*. In: Arnold, R./Lipsmeier, A. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. 2., überarb. u. aktual. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 547–560.

NHS Careers (2012). *Developing your Career in NHS*. http://www.nhscareers.nhs.uk/working-in-the-nhs/developing-your-career (09.09.2014).

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). *Employment Outlook 2011*. Paris: OECD Publishing.

Øyen, E. (1990). *The Imperfection of Comparisons*. In: Øyen, E. (Hrsg.): Comparative methodology: Theory and practice in international social research. London: Sage, S. 1–18.

Paquay, L./De Lepeleire, J./Milisen, K./Ylieff, M. et al. (2007). *Tasks performance by registered nurses and care assistants in nursing homes: A quantitative comparison of survey data*. International Journal of Nursing Studies, 44 (8), S. 1459–1467.

Pfau-Effinger, B./Sakač Magdalenić, S./Wolf, C. (2009). *Zentrale Fragen der international vergleichenden Sozialforschung unter dem Aspekt der Globalisierung*. In: Pfau-Effinger, B./Sakač Magdalenić, S./Wolf, C. (Hrsg.): International vergleichende Sozialforschung. Ansätze und Messkonzepte unter den Bedingungen der Globalisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–17.

Rauner, F. (2010). *Moderne Berufsbilder als Dreh- und Angelpunkt für die Organisation gesellschaftlicher Arbeit und die Gestaltung beruflicher Bildungsgänge*. Pflegewissenschaft, 11, S. 141–148.

Schneider, A. (2003). *Die Ausbildung in den Pflegeberufen – ein Sonderfall.* In: Schneider, K./Brinker-Meyendriesch, E./Schneider, A. (Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Heidelberg: Springer, S. 387–402.

Schneider, S. L. (Hrsg.) (2008). *The International Standard Classification of Education. An Evaluation of Content and Criterion Validity for 15 European Countries*. Mannheim: MZES.

Sieger, M./Gorontzi, F. (2009). *Interberufliches Handeln als Voraussetzung für Profilbildung innerhalb der Gesundheitsberufe*. In: Walkenhorst, U./Nauerth, A./Bergmann-Tyacke, I. et al. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Bielefeld: Universitätsverlag Webler, S. 139–150.

Skills for Health (2010). *Key Elements of the Career Framework*. http://www.skillsforhealth.org.uk/images/stories/Resource-Library/PDF/Career_framework_key_elements.pdf (09.09.2014).

Stöcker, G. (2005). *Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin*. In: Landenberger, M./Stöcker, G./Filkins, J./de Jong, A. et al.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, S. 25–77.

Straka, G. A./Macke, G. (2007). *Berufliche Kompetenz: Handeln können, wollen und dürfen. Zur Klärung eines diffusen Begriffs*. BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 39 (3), S. 14–17.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung*. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (09.09.2014).

SVR – Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung*. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (09.09.2014).

Tessaring, M. (1999). *Ausbildung im gesellschaftlichen Wandel. Ein Bericht zum aktuellen Stand der Berufsbildungsforschung in Europa*. Luxemburg: Kommission der Europäischen Union.

Thiel, V./Kühn-Hempe, C. (2013). *Diskussion der Ergebnisse.* In: Kühn-Hempe, C./Thiel, V.: Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen – Berufspädagogische Überlegungen. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 200–205.

Traynor, M./Rafferty, A. M. (1998). *Context, convergence and contingency*. Journal of Health Service Research and Policy, 3 (4), S. 195–196.

Troschke, J. von/Stößel, U. (2012). *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege*. 2., überarb. Auflage, Bern: Huber.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drucksache 2411–12. (13.07.2012). http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (09.09.2014).

Zalpour, C. (2007). *Der Weg zum deutschen First Contact Practioner*. Physiotherapie, 25 (3), S. 7–8.

III
Interprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen und Herausforderungen der gesundheitsberuflichen Arbeitswelt

13 Theorie und Praxis interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Stellenwert und Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von morgen

ULRICH STÖẞEL; MIRJAM KÖRNER

Der Beitrag versucht, das Konzept der Interprofessionalität von seinen theoretischen Grundlagen und seiner praktischen Umsetzbarkeit in Ausbildungs- und berufliche Handlungszusammenhänge auf aktuellem Kenntnisstand zu beleuchten. Dazu werden zunächst die gesundheits- und ausbildungspolitischen Impulse dieses seit nunmehr schon 30 Jahren mit zunehmender Intensität diskutierten Konzepts vorgestellt. Dem schließt sich die Herausarbeitung der theoretischen Definitionselemente an, zu denen in der Regel kommunikative, patientenorientierte, rollen- und teambezogene sowie konfliktorientierte Elemente gezählt werden. In einem eigenen Abschnitt werden dann die bisherigen Erfahrungen beleuchtet, und erörtert welche Lehren man daraus für die Praxis ziehen kann. Der aktuelle Bezug zur derzeitigen Diskussion um die Neuformulierung kompetenzorientierter Lernziele in der Medizin (NKLM) und die abschließende Frage, ob die Sicherstellung einer guten interprofessionellen Ausbildungspraxis durch Akkreditierung gewährleistet werden kann, beschließen diesen Beitrag.

> „Ein frommer Mann steht in einer langen Warteschlange vor dem Himmelsportal und wartet auf eine Audienz beim Heiligen Petrus. Nach einer Stunde passiert ein Mann in einem weißen Mantel und mit einem Stethoskop die Warteschlange und schreitet direkt am heiligen Petrus vorbei in den Himmel. Der fromme Mann, aufgebracht über diese Regelverletzung, wendet sich fragend an den heiligen Petrus: ‚Warum hat dieser Arzt die Warteschlange ignoriert und ist einfach direkt in den Himmel gegangen?' ‚Ach der', sagt der Heilige Petrus, ‚das ist Gott, er glaubt, er sei Arzt.'" (Stern, 2006, S. 3)

Einleitung

Hinter dem Titel dieses Buchbeitrags verbirgt sich die Herausforderung, theoretische Grundlagen eines Konzepts und seine praktische Anwendung so in Bezug zu setzen, dass für beides gemeinsam ein Mehrwert an wissenschaftlicher Erkenntnis und praktischem Outcome erkennbar wird. Der Interprofessionalität als Beziehungsqualität in Kooperationszusammenhängen bedarf es in sehr vielen beruflichen Anwendungsfeldern. Sie beschränkt sich nicht auf Berufsgruppen, die mit Patientenbezug arbeiten. Chesters et al. (2011) gehen in der Einleitung des Sammelbands „Sociology of interprofessional health care practice" durchaus kritisch an ihren Analysegegenstand heran, wenn sie schreiben:

> „Obwohl viele der in unserem Sammelband vereinigten Autoren sich der Interprofessionalität verpflichtet fühlen, eint sie die Sichtweise, dass es ein Zuwenig an kritischer soziologischer Analyse des Phänomens der Interprofessionalität gibt.“ (Chesters et al., 2011, S. 1; eig. Übersetzung)

Ziel und Anspruch dieses Beitrags kann es deshalb nicht sein, interprofessionelle Zusammenarbeit und darauf ausgerichtete Ausbildungsangebote in den Gesundheitsberufen in allen Facetten herauszuarbeiten, sondern exemplarisch den theoretischen und praktischen Anspruch des Konzepts der Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen kritisch zu beleuchten. Dies impliziert das Hinterfragen der hypothetischen Annahme, ob mehr Interprofessionalität in den beruflichen Handlungszusammenhängen gleichzusetzen ist mit mehr Qualität, Sicherheit und Effektivität in der Arbeit der Gesundheitsberufe auf der einen und dem Patientennutzen auf der anderen Seite.

13.1 Eine alte Forderung in neuem Gewand – gesundheits- und ausbildungspolitische Impulse heute und damals

Ansätze zur interprofessionellen Ausbildung sind kein Novum, sondern existierten schon in den 1960er-Jahren (vgl. Thistlethwaite, 2012). Größere Aufmerksamkeit indes erlangten diese Bemühungen erst mit zwei von der WHO veröffentlichten Reporten „Continuing Education for Physicians“ (1988a) und „Learning together to work together for health“ (1988b). In Letzterem fand der Begriff der Interprofessionalität bezogen auf die Ausbildung noch keine Anwendung, sondern wurde aufgrund der weitgehend voneinander abgegrenzten Ausbildung der Gesundheitsberufe als *multiprofessionelle* Ausbildung tituliert:

> „The process by which a group of students (or workers) from the health related occupations with different educational backgrounds learn together during certain periods of their education, with interaction as an important goal, to collaborate in providing promotive, preventive, curative, rehabilitative and other health related services.“ (WHO, 1988b, S. 6 f.)

Dieser Ansatz verstand sich sehr bewusst in der durch die Alma-Ata-Konferenz 1978 prononcierten Forderung, ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ zu ermöglichen, hielt er doch deren Umsetzung im Wesentlichen davon abhängig, dass in allen Ländern funktionierende Infrastrukturen einer ‚primary health care‘ geschaffen würden. Dabei sollte das Konzept der Förderung einer multiprofessionellen Ausbildung durch die in Tab. 13.1 aufgeführten Maßnahmen auf der Organisations- bzw. Institutionsebene unterstützt werden (vgl. WHO 1988, S. 62 f).

1. Es sollten formelle und informelle Verbindungen zwischen Institutionen etabliert werden, die für die Ausbildung verschiedener Gesundheitsberufe verantwortlich sind, sowie zwischen diesen und den anderen Sektoren, welche einen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung haben und in gesellschaftliche Entwicklungsaktivitäten eingebunden sind.
2. Die Rollen und Verantwortlichkeit aller Mitglieder des Gesundheitsversorgungsteams sollten neu definiert werden (Dienstleistung, Training, Verwaltung, gesellschaftliche Beziehungen usw.)
3. Die Kommunikation sollte zwischen allen Gesundheitsfachberufen auf allen Ebenen gefördert und verbessert werden.
4. Um den Teamansatz zu stärken, sollten kontinuierliche gemeinsame interne Trainings für alle Teammitglieder des Teams in einer Gesundheitsversorgungseinrichtung angeboten werden.
5. Wege zur Reduktion der Mitarbeiterüberlastung sollten erforscht werden, um eine bessere Teamarbeit zu ermöglichen.
6. In Ausbildungsinstitutionen sollten Arbeitsgruppen gebildet werden, die folgendes überprüfen:
   a. Auswahlsysteme für Studenten und Mitarbeiter
   b. Lehrpläne, Ressourcen, Laboratorien usw.
   c. Evaluationssysteme zur Überprüfung der Leistung der Studierenden und Lehrenden
   d. Technische/physikalische Bedingungen, Bürobedarf, Einrichtungen, Transport usw.
   e. Integration der Programme
   f. Individuelle Rollen der Mitarbeiter/Belegschaft und deren Verantwortlichkeit
7. Workshops zum Teamansatz sollten für alle in der Ausbildung und Verwaltung arbeitenden Mitarbeiter in Bildungseinrichtungen organisiert werden.
8. Die organisatorischen und logistischen Schwierigkeiten, die für das Etablieren und Erhalten von kooperativen Bildungsaktivitäten zwischen verschiedenen Fakultäten und Abteilungen entstehen, sind wichtig und sollten in der Finanzausstattung Berücksichtigung finden.
9. Die Integration kommunaler (Entwicklungs-)Dienste in den Bildungssektor sollte gestärkt werden.
10. Ein Anreizsystem, welches die Zusammenarbeit im Team fördert, sollte eingeführt werden.
11. Der Einbezug kommunaler Dienste sollte unterstützt werden.
12. Die Forschung bezüglich der Teamarbeit sollte in den Bildungseinrichtungen und Gesundheitsversorgungseinrichtungen eingeführt oder gestärkt werden.
13. Multiprofessionelle Kommissionen sollten gebildet werden, um die Nutzung des Teamansatzes weiterzuverfolgen.
14. Ein internationales Verzeichnis von multiprofessionellen Bildungsprogrammen wäre für die Verbreitung der Information über multiprofessionelle Bildung hilfreich.

Tabelle 13.1: Förderung des Konzepts multiprofessioneller Ausbildung auf institutioneller Ebene (vgl. WHO 1988, S. 62 f.; eig. Übersetzung)

Vieles von dem, was hier für die Institutionenebene gefordert wird, geht von einer für die damaligen Berufsgruppen im Gesundheitswesen vorfindbaren Beziehungsstruktur aus, wie sie von Finch (2000) als eher für den Nationalen Gesundheitsdienst als typisch anzusehende Ausgangslage beschrieben wurde.

Eine relativ überschaubare Zahl medizinischer Fachrichtungen – insbesondere die Intensiv- und Notfallmedizin, ergänzt um die Pflege und das Hebammenwesen – bildeten zusammen mit der Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Psychiatrie das Grundgerüst dieser Sichtweise. Konfrontiert mit der heutigen Situation in den Gesundheitsberufen hat es sowohl aufseiten der Medizin wie der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe allerdings eine Ausdifferenzierung gegeben, die die Interprofessionalität deutlich komplexer werden lässt: Vielfältige fachärztliche Spezialisierungen waren begleitet vom Vordringen anderer Gesundheitsberufe in die Gesundheits- und Sozialsysteme der Länder: Nicht ärztliche Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten, Sozialarbeiter, Case-Manager, Gesundheitserzieher u. a. m. drängen mit eigenen Versorgungsansprüchen ins Gesundheitssystem und erhöhen damit den Druck auf das Erfordernis interprofessioneller Zusammenarbeit. Damit einher geht ein Mehraufwand für Absprachen, Kommunikation, Kooperation und Koordination, der die Ressource Zeit zu einem der wichtigsten Interaktionsfaktoren macht.

Die WHO und Mitglieder in ihrer Arbeitsgruppe haben ihre Vorstellungen und Strategien diesen Veränderungen angepasst. Der im Jahr 2000 vorgelegte *World Health Report* (WHO), aber auch ein für den nationalen Gesundheitsdienst in Großbritannien und Nordirland ausgearbeiteter Report „Working together, learning together: a framework for lifelong learning for the NHS" (2001) beschreiben wichtige Meilensteine für die weitere Entwicklung, die die WHO dann 2010 mit einem Report des Netzwerks für Pflege und Hebammenwesen (Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice) an die neuzeitlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen adaptiert hat.

> „Nach fast 50 Jahren der Beschäftigung mit diesem Thema erkennen die WHO und ihre Partner an, dass es eine ausreichende Evidenz dafür gibt, dass eine effektive interprofessionelle Ausbildung eine effektive Zusammenarbeit befördert." (WHO, 2010, S. 7; eig. Übersetzung)

Praktische interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung wird von der WHO so definiert, dass verschiedene Gesundheitsberufe mit ihrem jeweils unterschiedlichen beruflichen Hintergrund gemeinschaftliche Dienste in der Arbeit mit Patienten, deren Familien,

den Versorgern und der Gemeinde bereitstellen, um die bestmögliche Versorgungsqualität über verschiedene Settings bzw. Sektoren hinweg zu gewährleisten.

Das WHO-Papier führt an anderer Stelle, wie Abb. 13.1 verdeutlicht, aus, dass es eine ganze Reihe von Mechanismen gibt, die letztlich die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit determinieren.

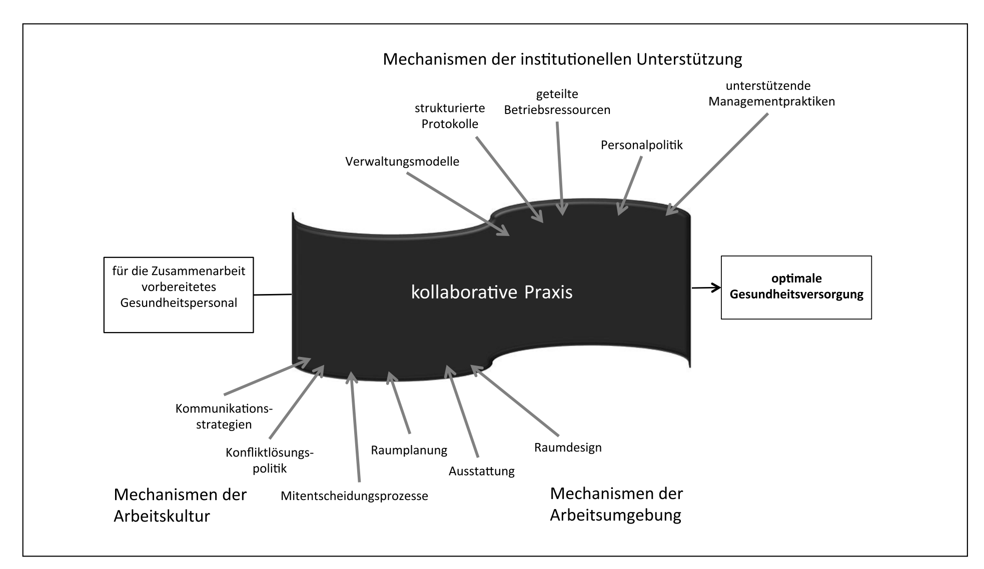


Abbildung 13.1: Beispiel für Mechanismen, die die Praxis der Zusammenarbeit bestimmen (vgl. WHO 2010, S. 29; eig. Übersetzung)

Im Gefolge der wichtigen Vorarbeiten und Vorüberlegungen seitens der WHO hat sich dann eine Reihe von organisationalen Zusammenschlüssen wie z. B. das *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) in Großbritannien und die *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) gebildet, die der Einsicht folgten, dass die interprofessionelle Ausbildung und Praxis der Schlüssel für einen effizienten, effektiven und ökonomischen Personaleinsatz darstellt und die Erfahrungen und Behandlungsergebnisse der Patienten verbessert.

Ebenfalls im Jahr 2010 hat der Ansatz der interprofessionellen Ausbildung und Praxis eine zusätzliche enorme Schubkraft durch den Report einer von der Zeitschrift Lancet eingesetzten Kommission erhalten. Unter dem Titel „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world“ zeichnete die weltweit zu-

sammengesetzte Expertenkommission das Bild einer Reformentwicklung, die drei wesentlich unterscheidbare Entwicklungen durchlaufen hat (vgl. Abb. 13.2).

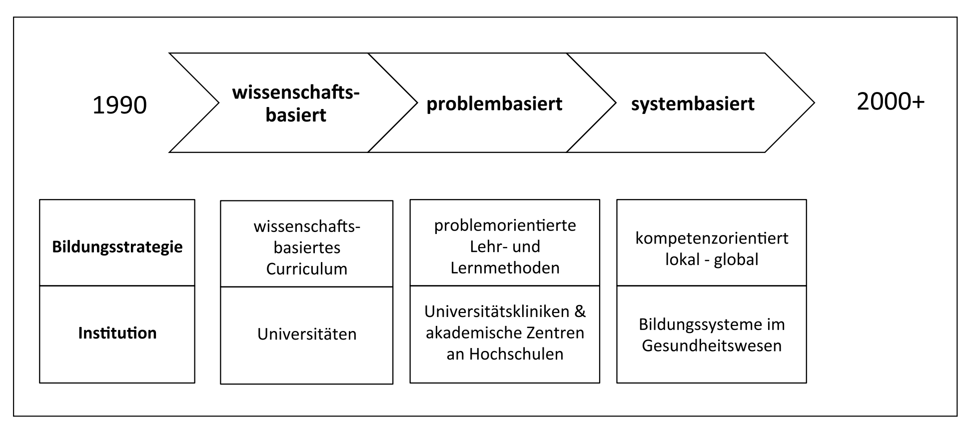


Abbildung 13.2: Drei Generationen von Reformen (Careum-Stiftung, 2011, S. 20)

Die für die letzte, als systembasiert bezeichnete Reformphase verantwortlich gemachten Triebkräfte für den Wandel in der Gesundheitsversorgung finden sich in nahezu allen einschlägigen Stellungnahmen, wie die nachfolgende Zusammenstellung (modifiziert nach Thistlethwaite, 2012) offenkundig werden lässt:

- das demografische Altern
- die zunehmende Inzidenz an Langzeitbetreuung und komplexen Versorgungsbedürfnissen
- neue, z. T. sektorenübergreifend angelegte Versorgungsmodelle
- der technologische Fortschritt in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation
- die zunehmende Spezialisierung nicht nur in der ärztlichen Profession
- die Bedeutungszunahme für Belange der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit
- der wachsende Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen

Die ausbildungs- und gesundheitspolitische Diskussion im deutschsprachigen Raum hat Ende der 1990er- und Anfang der 2000er-Jahre verstärkt eingesetzt, wobei anfangs, wie Kälble (2004) herausgearbeitet hat, meist nur die Kooperationsbeziehung von Medizin und Pflege im Fokus stand und nur vereinzelt Projektbemühungen wie das Projekt *Medizin-Soziale Arbeit-Pflege* (MESOP; vgl. Kaba-Schönstein/Kälble, 2004) gefördert wurden. Größere Aufmerksamkeit wurde

dem Thema der interprofessionellen Ausbildung und Praxis der Gesundheitsberufe erst wieder zuteil, als sich der Sachverständigenrat in zwei Gutachten dezidiert zum „Bedarf an Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung" (2007) und zu „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens" (2009) positionierte:

> „Weiterhin muss die Kooperation aller an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligten Berufsgruppen verbessert werden (…). Insbesondere Ärzte und Pflege können durch Teamstrukturen und gegenseitige Nutzung der Kompetenzen sehr voneinander profitieren und im Gegensatz zu oft geäußerten Befürchtungen an Autonomie und beruflicher Performance gewinnen. Eine weitergehende Kooperation dieser Berufsgruppen ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen." (SVR, 2009, S. 164)

Auch die führende deutsche Wissenschaftsorganisation, der Wissenschaftsrat (WR), hat sich in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen 2012 relativ klar geäußert:

> „Er [der WR] empfiehlt daher eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung der Studiengänge mit dem Ziel, der interprofessionellen Kompetenzvermittlung insgesamt mehr Gewicht zu verleihen. Die neuen Studiengänge aller drei Bereiche sollten daher an den Hochschulstandorten unter einem institutionellen Dach eingerichtet werden und die Curricula deutlich miteinander verschränkt werden. Um eine interprofessionelle Ausbildung unter Einbeziehung der Medizin zu ermöglichen, bietet es sich an, pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge auch an Universitäten aufzubauen, die über eine Medizinische Fakultät verfügen. Sofern eine Ansiedlung der Studiengänge an einer Fachhochschule geplant ist, sollte diese eng mit einer Universität mit Medizinischer Fakultät kooperieren. Auf die übergreifende interprofessionelle Vernetzung aller Qualifizierungswege für akademische Gesundheitsversorgungsberufe geht der Wissenschaftsrat noch gesondert ein (…)." (WR, 2012, S. 64)

Ein Memorandum *Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung* ist im Jahr 2011 von der Robert Bosch Stiftung mit dem Anspruch, im Gegensatz zur zunehmenden Spezialisierung eine „neue Ganzheit der Gesundheitsversorgung" (S. 9) zu leisten, publiziert worden. Das Memorandum fordert die Überwindung von strukturellen, finanziellen, rechtlichen und konzeptionellen Hindernissen für die Realisierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2011a). Hierzu werden Weichenstellungen, Forderungen und Maßnahmen, die zur Überwindung der Sektorengrenzen der verschiedenen Gesundheitsfachbereiche eingesetzt werden müssen, vorgeschlagen. Zum Beispiel wird hier die patientenorientierte Ausrichtung des Gesundheitswesens, die Abkehr von strengen Hierarchien zugunsten flacher Strukturen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die Förderung von Teambildungsprozessen, klare Berufsprofile, Vernetzung der Ausbildungsinstitutionen verschie-

dener Gesundheitsfachberufe, rechtliche Verankerung von Ausbildungsprofilen, Anpassung des Haftungsrechts und vieles mehr gefordert (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2011b).

Fasst man die international und national erkennbaren Entwicklungen zusammen, so fehlt es keineswegs an Anstößen, Ideen und Maßnahmen in Richtung einer interprofessionellen Ausbildung und Praxis. Allerdings bedarf es, wie in den nächsten beiden Kapiteln auszuführen sein wird, einer theoriegeleiteten definitorischen Abgrenzung dessen, was mit interprofessionell gemeint ist und welche Erkenntnisse für Theorie und Praxis der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit aus den bisherigen Erfahrungen gezogen werden können.

13.2 Interprofessionalität und Zusammenarbeit – theoretisch abgeleitete Definitionselemente zweier komplexer Konstrukte

Bezieht man sich zunächst einmal auf den Kernbegriff der Profession, so beanspruchte lange Jahre die von dem US-amerikanischen Soziologen Freidson (1979) gewählte Definition einer Profession Anspruch, wonach nur jene Berufsgruppen diesen Begriff auf sich beziehen dürften, die in einem hohe Maße autonom ihre Berufsbelange regeln konnten. Die über die Jahrzehnte hinweg geführte Diskussion, oft auch ärztlicherseits geleitet von dem Gedanken, sich mit dieser definitorischen Bestimmung von anderen nicht als Profession zu verstehenden Berufsgruppen abzugrenzen, hat aus soziologischer Sicht zu zusätzlichen Definitionsmerkmalen des Professionsbegriff geführt.

> „Als eine organisatorische Form schließt der Professionsbegriff das Vorhandensein einer zentralen Regelungsstelle ein, die den Standard der Berufsausübungspraxis ihrer einzelnen Mitglieder regelt; einen Verhaltenskodex; ein sorgfältiges Wissensmanagement in Bezug auf die Expertise, die die Grundlage der Professionsaktivitäten darstellt; und schließlich die Kontrolle über Zahl, Auswahl und Ausbildung der neu eintretenden Mitglieder.“ (Scott/Marshall, 2014; eig. Übersetzung; vgl. auch Cruess et al., 2004)

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen hinsichtlich ihrer Professionalisierung nur verstanden werden können, wenn die jeweiligen Professionskulturen und ihr Aufeinandertreffen auch geschichtlich betrachtet werden (vgl. Hall, 2005). Allerdings hat sich diese soziologisch bestimmte Sichtweise in der ausbildungspolitischen Diskussion insbesondere in den angloamerikanischen Ländern so nicht verfestigt. Wie D'Amour/Oandasan (2005) programmatisch für die Initiative Health Canada festhalten, ist

> „Interprofessionalität (…) der Prozess, in dem Berufsgruppen Wege beruflichen Handelns reflektieren und diese weiterentwickeln, um eine integrierende und kohäsive Lösung für die Befriedigung der Bedürf-

nisse von Klienten/Familien/der Bevölkerung zu finden (…). Dies schließt die kontinuierliche Interaktion und den Austausch von Wissen zwischen Berufsgruppen ein, um Lösungs- und Entwicklungsansätze für eine Vielzahl ausbildungs- und versorgungsbezogener Aufgaben unter Berücksichtigung einer optimalen Patientenbeteiligung zu entwickeln." (D'Armour/Oandasan, 2005, S. 9; eig. Übersetzung)

In den Ausgangsüberlegungen zu einem der wenigen Anfang der 2000er-Jahre durchgeführten Unterrichtsforschungsprojekte konstatierte Kälble zu Recht:

> „Auffällig ist die Vielfalt und Heterogenität der in der Literatur verwendeten Begriffe zur Bezeichnung der fach- oder berufsgruppenübergreifenden Formen der Zusammenarbeit. Während in der internationalen Literatur der bildungstheoretische und praktische Aspekt im Vordergrund steht, erwecken deutsche Veröffentlichungen zum Thema Interdisziplinarität (auch Multidisziplinarität, Transdisziplinarität) mehrheitlich den Eindruck, dass damit nur eine auf Forschung und Forschungsorganisation bezogene Programmatik gemeint sei." (Kälble, 2004, S. 33)

Entsprechend orientieren wir uns in unseren weiteren Ausführungen verstärkt an der ausbildungsbezogenen Definition von Interprofessionalität.

Um von *interprofessioneller Zusammenarbeit* zu sprechen, sollten mindestens zwei Gesundheitsfachberufe interagieren, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen bzw. eine gemeinsame Aufgabe zu lösen (vgl. Antoni, 2010). Von interprofessioneller bzw. berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit sollte nur gesprochen werden, wenn

> „Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden." (Kälble, 2004, S. 40)

Xyrichis und Ream (2008) zufolge erfordert die interprofessionelle Zusammenarbeit eine kontinuierliche Interaktion, offene Kommunikation, Austausch von Wissen, Verstehen der verschiedenen Rollen und gemeinsame Ziele. Nach dem *„National interprofessional competency framework"* der Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) sind die sechs wichtigsten Kompetenzen für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit:

a) interprofessionelle Kommunikation

b) patientenorientierte Versorgung

c) Rollenklarheit

d) Arbeitsweise des Teams („team functioning")

e) teamorientierte Führung

f) interprofessionelles Konfliktmanagement

Die WHO nennt als Ergebnis erfolgreicher interprofessioneller Ausbildung die Kompetenzen: Teamarbeit (u. a. die Kenntnis der Barrieren der Teamarbeit), Rollen und Verantwortlichkeit, Kommunikation, Lernen und kritisches Reflektieren, patientenorientiertes Arbeiten und ethische Praxis (u. a. die eigenen stereotypisierenden Sichtweisen sowie die der anderen Berufsgruppen kennen).

Zusammenfassend soll hier eine Abbildung (vgl. Abb. 13.3) Verwendung finden, die in theoretischer wie ausbildungs- und berufspraktischer Perspektive den Bezugsrahmen für die interprofessionelle Ausbildung und deren Ziel einer von Zusammenarbeit geprägten, patientenzentrierten Berufspraxis darstellt.

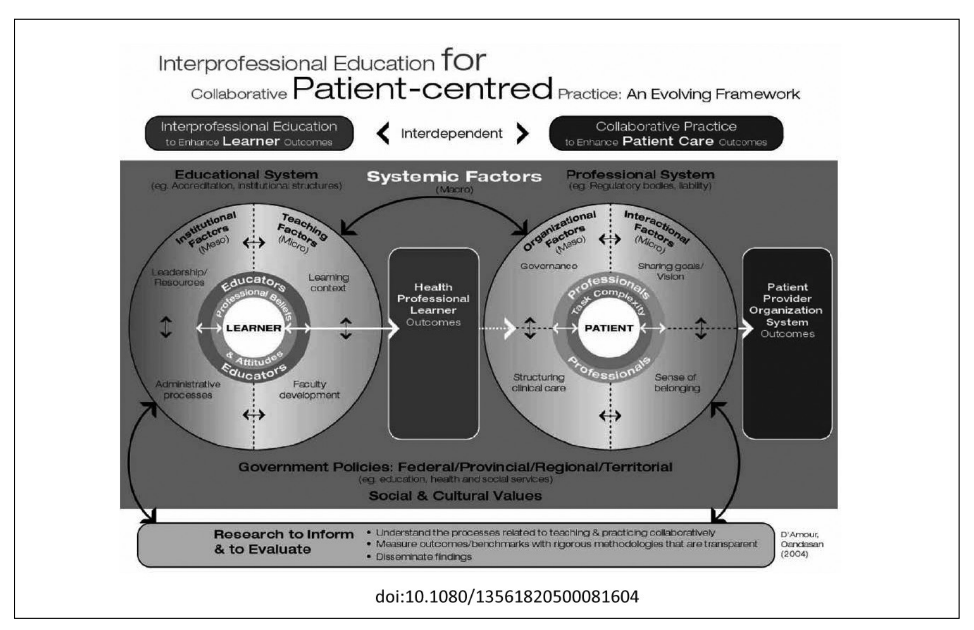


Abbildung 13.3: Interprofessionelle Ausbildung für eine kollaborative patientenzentrierte Praxis (erstellt in Anlehnung an D'Amour/Oandasan, 2005)

Das Modell der interprofessionellen Ausbildung für eine kollaborative patientenzentrierte Praxis bzw. Versorgung zeigt die Verbindung zwischen Ausbildung (erster Kreis) und Praxis (zweiter Kreis) auf. Im ersten Kreis ist der Lernende (Student oder Auszubildende) im Fokus, und sein

Lernen wird durch Faktoren auf der Mikro-(Unterricht), Meso-(Einrichtung) und Makroebene (Ausbildungssystem) beeinflusst. Im zweiten Kreis – der Praxis – steht der Patient im Mittelpunkt. Hier sind ebenfalls Einflussfaktoren auf allen drei Ebenen zu berücksichtigen. Die Interaktionen (auf der Mikro-), die organisatorischen Faktoren (Mesoebene-) sowie das berufliche Bezugssystem (Makroebene) nehmen Einfluss auf die Ergebnisse in der interprofessionellen Patientenversorgung. Auf allen Ebenen sollten die Interdependenzen zwischen der Ausbildung und der Patientenversorgung in der Praxis beachtet werden.

13.3 Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit: Welche Lehren bietet die Praxis?

Für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit sind ausreichend zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen erforderlich (vgl. Maslin-Prothero/Bennion, 2010; Reeves et al., 2010; Robert Bosch Stiftung, 2011a; Schroeder, 2010). Diese sind in Krankenhäusern und anderen Institutionen im Gesundheitswesen aufgrund von wirtschaftlichen Zwängen und zunehmender Arbeitsverdichtung meist nicht vorhanden, sodass von einer ausreichenden organisatorischen Unterstützung nicht ausgegangen werden kann (vgl. Choi/Pak, 2007). Erschwerend kommen wechselnde und/oder unklare Teamzusammensetzungen, Konkurrenz-, Macht- und Statusdenken sowie aufgrund der unterschiedlichen Sozialisation bestehende Subkulturen („Silos“) zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachberufen hinzu (vgl. Hall, 2005; Körner, 2006; O’Leary et al., 2012; Pecukonis et al., 2008). Aufgrund des separierten Ausbildungssystems in Deutschland wissen die verschiedenen Berufsgruppen wenig bis gar nichts darüber, was die anderen Gesundheitsfachberufe lernen bzw. wo ihre Kompetenzen liegen (vgl. Körner, 2006; Maslin-Prothero/Bennion, 2010; Schroeder, 2010).

In einer Führungskräftebefragung in der medizinischen Rehabilitation wurden als die häufigsten Barrieren interprofessioneller Zusammenarbeit inadäquate organisatorische Rahmenbedingungen (Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung, unzureichende Bezahlung), die Teamkultur und Kommunikationshindernisse (fehlende Teambesprechungen, Schwierigkeiten im Umgang mit den „neuen“ Kommunikationsmedien) genannt (vgl. Müller et al., im Druck). Als die wichtigsten Förderfaktoren werden hier aufgezählt:

- die interdisziplinäre Patientenbesprechung für die Koordination der Behandlung
- adäquate organisatorische Rahmenbedingungen sowie ein partizipativ ausgerichtetes Management, das insbesondere durch Mitarbeitergespräche, Einarbeitungskonzepte für

neue Mitarbeiter und interdisziplinäre Fortbildungen realisiert wird (vgl. Müller et al., im Druck)

In der Studie von Körner (2010) konnte gezeigt werden, dass sich die Qualität der Zusammenarbeit in Abhängigkeit vom Teamansatz (multi- versus interdisziplinär) unterscheidet. Gleichrangigkeit, ein partizipativer Führungsstil, eine gemeinsame Behandlungsplanung und regelmäßige gemeinsame Teambesprechungen (interdisziplinärer Teamansatz) haben eine bessere interprofessionelle Kooperation zur Folge. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und eine gut gelingende Kommunikation sind des Weiteren eine gemeinsame Zielsetzung, eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung sowie eine gemeinsame Sprache notwendig (vgl. Körner, 2006). Insgesamt wird deutlich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis insbesondere durch die organisatorischen Rahmenbedingungen (Mesoebene) beeinflusst wird.

Um die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis zu verbessern, sind verschiedene Interventionen denkbar. Reeves et al. (2010) nennen hier:

- interprofessionelle Lernaktivitäten (Teamtraining, Simulationen)
- Kommunikationsinterventionen (Checklisten und Teammeetings)
- Crew Ressource Management (Fokussierung auf die Klarheit der Aufgabe und Aufgabenverteilung)
- integrierte Behandlungspfade
- Case Management (Koordination durch einen Verantwortlichen)
- Qualitätsmanagement
- Akkreditierung
- Reorganisation
- politische Veränderungen, welche die Teamarbeit fördern
- Forschungsförderung
- komplexe Interventionen, die verschiedene der oben genannten Aspekte miteinander verknüpfen

Die Implementierung einer Kombination verschiedener Interventionen (komplexe Intervention) gilt als am effektivsten und wird daher empfohlen (vgl. O'Leary et al., 2012). Bislang liegen allerdings nur wenige Studien zur Evaluation von komplexen Interventionen zur Verbesserung der

interprofessionellen Zusammenarbeit vor (vgl. Körner et al., submitted). Die Durchführung von Workshops kombiniert mit der Einführung von Checklisten für die Teambesprechungen führte beispielsweise zu einer besseren Teamkultur, verbesserten Dokumentation und Patientenrekrutierung, Behandlungskontinuität, Behandlungserfolg sowie reduzierten Kosten (vgl. Arevian, 2005). Die Implementierung eines integrierten patientenzentrierten Behandlungsmodells (Umstrukturierung von Teams, Trainings, Besprechungen, Veränderung der Dokumentation) verbesserte die Information und Kommunikation, reduzierte den Besprechungsaufwand sowie die Aufenthaltsdauer und verbesserte die Patientenzufriedenheit (vgl. Newman et al., 2005). Keine Verbesserungen zeigten sich bei der Einführung von integrierten Behandlungspfaden sowie einer neuen Teamdokumentation (vgl. Gibbon et al., 2002). Auch die anderen Interventionsformen, z. B. Trainings, Workshops, Leistungsfeedback, strukturelle Veränderungen, Kommunikationshilfen, sind bislang nur wenig untersucht (vgl. Körner et al., submitted). Viele der hier aufgezählten Interventionsmethoden könnten auch schon in der interprofessionellen Ausbildung eingesetzt werden.

Trotz der zum Teil sehr plausiblen Zusammenhänge zwischen interprofessioneller Ausbildung und Berufspraxis wird allerdings aus Sicht der evidenzbasierten Medizin beklagt, dass die Studienlage über den Zusammenhang zwischen einer interprofessionellen Ausbildung und Praxis und dem gesundheitlichen Nutzen der Patienten eher bescheiden ist. Wie Reeves et al. (2013) nach Sichtung von 15 Studien für einen Review festhalten, ist es aufgrund der geringen Studienzahl, der Heterogenität der Interventionen und der Ergebnisparameter nicht möglich, verallgemeinerbare Aussagen zu den Schlüsselelementen interprofessionellen Lernens und dessen Effektivität zu machen. Sie plädieren für

- mehr Studien, die einen Effektivitätsvergleich zwischen IPE und separaten, professionsspezifischen Interventionen erlauben;
- RCTs (Randomised control trials), CBA-Studien (Controlled Before After) oder ITS-Studien (Interrupted Time Series) mit qualitativen Strängen zur Prozessbeobachtung sowie
- Kosten-Nutzwert-Analysen (vgl. Reeves et al., 2013).

Rothgang und Salomon (2011), die sich in einem Review speziell mit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation in der Schlaganfallversorgung beschäftigt haben, resümieren, dass evidenzbasierte, effektive und interdisziplinäre Interventionen die Ausnahme sind.

Bislang sind noch viele hinderliche Faktoren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zu überwinden, um eine interprofessionelle Ausbildung in der Medizin zu etablieren. Auf der Makroebene ist die Rechtslage (der Arzt trägt in der Regel die Verantwortung für die Behandlung)

ein großer Hemmfaktor für die Interprofessionalität. Zudem gibt es bislang keine interprofessionellen Studiengänge für Mediziner und andere Berufsgruppen. Die Studiengänge Medizin, Pflege, Physio-, Logo- und Ergotherapie, Psychologie etc. erfolgen an getrennten Universitäten, Fachhochschulen oder Fakultäten. Häufig unterscheiden sich die Studiengänge auch stark in der Anzahl der Studierenden, was die Implementierung interprofessioneller Studien- und/oder Lehrangebote erschwert. Dies sowie die fehlenden finanziellen Mittel, Zeit- und Ressourcenknappheit sind auf der organisatorischen Ebene (Mesoebene) hinderlich. Auf der Mikroebene fehlt den Lehrenden häufig auch die inhaltliche und didaktische Expertise für interprofessionelle Lehrangebote. Je nach Zusammenfassung der verschiedenen Disziplinen zu einem interprofessionellen Lehrangebot sind auch die unterschiedlichen Kompetenzen, welche die Auszubildenden und/oder Studenten mitbringen, eine Erschwernis.

Fasst man dieses Kapitel unter der Frage zusammen, welche Bedingungen interprofessionelles Lernen und interprofessionelle Zusammenarbeit eher fördern oder behindern, so scheint es im Moment eher evidente Hindernisfaktoren zu geben. Headrick et al. (1998; vgl. auch Hall, 2005) haben diese, wie in Tab. 13.2 zusammengefasst, resümiert.

- Unterschiede in der Geschichte und den Kulturen der Berufsgruppen
- historisch bedingte Rivalitäten inter- und intraprofessioneller Art
- Unterschiede in der Fachsprache und im ‚Jargon'
- Unterschiede in den Arbeitsplänen und den beruflichen Routinen
- unterschiedliche Ebenen in der beruflichen Vorbereitung, der Qualität und des Status
- Unterschiede in den Anforderungen, Regulationen und den Normen der Berufsausbildung
- Angst vor der Schwächung der beruflichen Identität
- Unterschiede im Ausmaß der Verantwortlichkeit, der Bezahlung und der Belohnung
- Aspekte die klinische Verantwortung betreffend

Tabelle 13.2: Hindernisse einer interprofessionellen Zusammenarbeit und Ausbildung (Headrick et al., 1998, S. 773)

Interprofessionalität verlangt nach einem Paradigmenwandel, weil interprofessionelle Praxis einheitliche Merkmale hinsichtlich Werten, Ausführungsregeln und Arbeitsweisen verlangt (vgl. D'Amour/Oandasan, 2005).

13.4 Neue Impulse durch kompetenzorientierte Lernzielvorgaben am Beispiel des NKLM?

Die in Deutschland aufgekommene Diskussion über eine interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen und eine generelle Neubestimmung der Lernziele hat ihre Wurzeln wesentlich in international beobachtbaren Entwicklungen, wie sie auch der Wissenschaftsrat (2010) zur Grundlage seiner Überlegungen gemacht hat.

Thistlethwaite (2012, S. 63) hat im Rückblick vier Meilensteine dieser interprofessionell ausgerichteten Entwicklung resümiert:

- die Überlegungen des General Medical Council (GMC) in Großbritannien unter dem Titel „Tomorrow‘s doctors“ (2009)
- die ebenfalls aus Großbritannien stammenden Überlegungen des Nursing and Midwifery Council (NMC) unter dem Titel „Standards for pre registration nursing education“ (2010)
- die australische Confederation of Postgraduate Medical Education Councils mit einem Rahmencurriculum für angehende Ärzte (2011)
- die Veröffentlichung des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada mit dem CanMEDS Physician Competency Framework (2005)

Das CanMEDS-Rahmenkonzept mit seiner Beschreibung professioneller Rollen des Arztes (vgl. Frank, 2005) hat eine wesentliche Wegweisungsfunktion für die aktuellen Bemühungen in Deutschland, einen kompetenzorientierten Lernzielkatalog zu erstellen, der auch wesentliche Elemente des interprofessionellen Lernens umfassen soll.

Dieses gemeinsam von Medizinischem Fakultätentag und der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung über eine Lenkungsgruppe betriebene Projekt befindet sich noch in der Abstimmungsphase mit den Fakultäten, Fachgesellschaften und anderen Stakeholdern der medizinischen Ausbildung.

In einem eigenen Kapitel des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs für die Medizin (NKLM) wird beschrieben, dass Ärzte mit anderen Berufsgruppen „partnerschaftlich, respektvoll und effektiv“ (als Mitglied eines interprofessionellen Teams) zusammenarbeiten sollen, um eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu verwirklichen. Auch an anderen Stellen des Entwurfs wird darauf verwiesen, dass zur wirkungsvollen Umsetzung der verschiedenen Berufsrollen die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie auch innerhalb der eigenen Berufsgruppen sehr wichtig ist. Das Zusammenspiel von medizinischem Grundlagenwissen, Kom-

petenzrollen bzw. Teilkompetenzen und einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung soll das nachfolgende Schaubild aus dem *NKLM-Entwurf* verdeutlichen (vgl. Abb. 13.4).

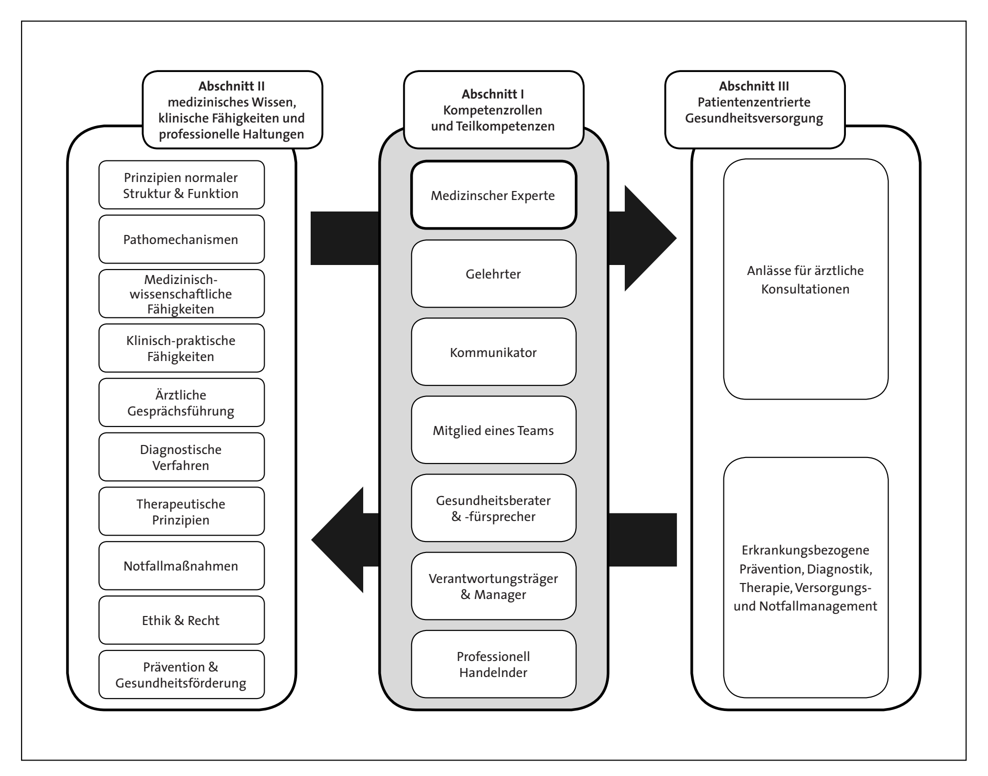


Abbildung 13.4: Rahmenkonzept des NKLM-Entwurfs

Angesichts des komplexen Entwicklungsprozesses, den die Lenkungsgruppe für die Erstellung des NKLM gewählt hat, ist nachvollziehbar, dass sich immer wieder zeitliche Verzögerungen ergeben haben, sodass zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Beitrags noch nicht sicher ist, ob der NKLM bereits verabschiedet sein wird (vgl. Hahn/Fischer, 2009). Auch wird er nicht die Studienordnungen der einzelnen Medizinfakultäten ersetzen, sondern soll diesen als Richtschnur für ihre Curriculumentwicklung dienen. Gleichwohl lässt sich an einzelnen Medizinfakultäten, z. B. Heidelberg und Freiburg, beobachten, dass die Bemühungen um die Implementierung interprofessionellen Lernens in das Medizincurriculum durch die Diskussionen um den NKLM aufgenommen und/oder verstärkt wurden.

13.5 Ausblick: Sicherstellung einer guten interprofessionellen Studien- und Ausbildungspraxis durch Akkreditierung – geht das?

Die bisherigen Ausführungen sollten deutlich machen, dass interprofessionelles Lernen und interprofessionelle Praxis zumindest im deutschen Gesundheitswesen noch einen Entwicklungsstand aufweisen, der zum Teil weit hinter international beobachtbaren Entwicklungen zurückbleibt. Dies betrifft nicht nur im engeren Sinne die ärztliche Ausbildung und Praxis, sondern auch die der anderen Gesundheitsberufe.

Als umso lehrreicher können deshalb möglicherweise Bemühungen angesehen werden, wie sie hier abschließend mit der Akkreditierungsleitlinie der kanadischen Vereinigung für interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen (AIPHE) vorgestellt werden sollen. Die AIPHE-Grundsätze und Implementierungsleitlinien wurden entwickelt, um den Akkreditierungsagenturen Beispiel-Standards, Kriterien, Evidenzbeispiele und ergänzenden Erklärungen für ihr Akkreditierungsklientel an die Hand zu geben. Beispiele für solche Standards und Maßnahmen der Evidenzsicherung werden als Weg verstanden, die interprofessionelle Ausbildung in nationale Akkreditierungsprogramme zu übernehmen. Zu den Ebenen eines solchen Akkreditierungsprogramms müssten, wie auch aus anderen Akkreditierungszusammenhängen bekannt, die erkennbare institutionelle Verpflichtung, ein einschlägiges akademisches Programm, die Unterstützung und Beteiligung der Studierenden, die klare Positionierung der Fakultät und die entsprechende Bereitstellung sächlicher, personeller und räumlicher Strukturen gehören (vgl. AIPHE/Canada, 2011). Die Erfahrungen mit der Implementierung dieser Leitlinie in Kanada sind noch nicht evaluiert, sodass offen bleiben muss, ob sie die erhoffte Dynamik im Sinne einer Intensivierung und Verbesserung interprofessioneller Ausbildung und Praxis übernehmen können. Frühere Untersuchungen (vgl. Curran et al., 2006) bestätigen auf jeden Fall die Notwendigkeit einer intensiveren Zusammenarbeit und Abstimmung der Akkreditierungsagenturen in diesem Feld.

Dass eine gewisse Skepsis angebracht ist, belegt ein anderes nordamerikanisches Beispiel. Der Bericht zu einer Expertenbefragung in den USA, die von der Interprofessional Education Collaborative (vgl. IEC, 2011) gefördert wurde, stellt zwar – ähnlich wie die Leitlinien der kanadischen AIPHE – hilfreiche Informationen zu den Grundsätzen und der Praxis der Akkreditierung interprofessioneller Lern- und Studienangebote zusammen; in einer vergleichenden Analyse über Akkreditierungsstandards für interprofessionelle Ausbildungsgänge in den USA kommen Zorek und Raehl (2013) aber zu einem eher ernüchternden Fazit:

„Wenn man die Annahme akzeptiert, dass Akkreditierungsdokumente als ein Surrogat-'Marker' für die Bereitschaft einer Profession für einen bestimmten Typus gemeinsamer beruflicher Praxis angesehen werden können, dann muss man für die US Gesundheitsberufe sagen, dass Sie gegenwärtig nicht für die interprofessionelle Zusammenarbeit qualifiziert sind. (…) Eine Veränderung der Gesundheitsversorgung im Sinne der Teambasierung in großem Stil wird solange nicht stattfinden, wie die akademischen Institutionen nicht mit in die Verantwortung für diesen Wandel genommen werden." (Zorek/Raehl, 2013, S. 6; eig. Übersetzung)

Die Herausforderungen also, vor denen die interprofessionelle Ausbildung und Praxis im Gesundheitswesen stehen, sind noch deutlich größer, als es die Vielzahl der mittlerweile zu diesem Thema veröffentlichten Arbeiten erahnen lässt.

Literatur

AIPHE/Canada (2011). *Interprofessional Health Education accreditation standards.* http://www.cihc.ca/files/resources/public/English/AIPHE%20Interprofessional%20Health%20Education%20Accreditation%20Standards%20Guide_EN.pdf (10.06.2014).

Antoni, C. H. (2010). *Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich.* Z.Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen, 104 (1), S. 18–24.

Arevian, M. (2005). *The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center.* Journal of Interprofessional Care, 19 (5), S. 444–451.

CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). *A national interprofessional competency framework.* http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf (20.08.2014).

Careum Siftung (2011). *Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen.* Zürich: Careum Verlag. (Deutsche Übersetzung des Berichts der Lancet-Kommision, Frenk et al. 2010)

Chesters, J./Thistlethwaite, J./Reeves, S./Kitto, S. (2011). *Introduction: A Sociology of Interprofessional Healthcare.* In: Kitto, S. et al. (Hrsg.): Sociology of Interprofessional Heath Care Practice: Critical Reflections and Concrete Solutions. New York: Nova Science Publishers, S. 1–8.

Choi. B. C./Pak, A. W. (2007). *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement.* Clinical & Investigative Medicine, 30 (6), S. 224–232.

Curran, V. R./Deacon, D./Fleet, L. (2006). *A comparative review of Canadian Health Professional Education Accreditation Systems.* Canadian Journal of Higher Education, 36, S. 79–102

Cruess, S. R./Johnston, S./Cruess, R. L. (2004). *"Profession": A working definition for Medical Educators.* Teaching and learning in Medicine, 16 (1), S. 74–76.

D'Amour, D./Oandasan, I. (2005). *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept.* Journal of Interprofessional Care, Suppl. 1, S. 8–20.

Finch, J. (2000). *Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers.* British Medical Journal, 321, S. 1138–1140.

Frank, J. R. (Hrsg.) (2005*). Better standards. Better physicians. Better care. The CanMEDS 2005 physician competency framework*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Freidson, E. (1979). *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession.* Stuttgart: Enke.

Gibbon, B./Watkins, C./Barer, D./Waters, K. et al. (2002). *Can staff attitudes to team working in stroke care be improved?* Journal of Advanced Nursing, 40 (1), S. 105–111.

Hahn, E./Fischer, M. (2009). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages.* http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2009-26/zma000627.pdf (10.08.2014).

Hall, P. (2005). *Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers.* Journal of Interprofessional Care, Suppl. 1, S. 188–196.

Headrick, L./Wilcock, P. M./Batalden, P. B. (1998). *Interprofessional working and continuing medical education.* British Medical Journal, 316 (7133), S. 771–774.

IEC – Interprofessional Education Collaborative (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel.* https://ipecollaborative.org/uploads/IPEC-Core-Competencies.pdf (10.08.2014).

Kaba-Schönstein, L./Kälble, K. (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen.* Frankfurt/Main: Mabuse.

Kälble, K, (2004). *Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Theoretische Klärungen.* In: Kaba-Schönstein, L./Kälble, K. (Hrsg): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen Frankfurt/Main: Mabuse, S. 29–41.

Körner, M. (2006). *Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation.* Regensburg: Roderer.

Körner, M. (2010). *Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team model.* Clinical Rehabilitation, 24 (8), S. 745–755.

Körner, M./Bütof, S./Müller, C./Zimmermann, L. et al. (submitted). *Interprofessional teamwork in medical treatment of chronic diseases – a narrative review.* Journal of Interprofessional care.

Maslin-Prothero, S. E./Bennion, A. E. (2010). *Integrated team working: A literature review.* International Journal of Integrated Care, 10, S. 1–11.

Müller, C./Zimmermann, L./Körner, M. (im Druck). *Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften. Die Rehabilitation.*

Newman, E./Ellis, C./Foley, M./Hendricks, J. (2005). *A New Approach to Patient-Centered Care.* Topics in Stroke Rehabilitation, 12 (2), S. 57–64.

O'Leary, K. J./Sehgal, N. L./Terrell, G./Williams, M. V. (2012). *Interdisciplinary Teamwork in Hospitals: A review and practical recommendations for improvement.* Journal of Hospital Medicine, 7 (1), S. 48–54.

Pecukonis, E./Doyle, O./Bliss, D. L. (2008). *Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence.* Journal of Interprofessional Care, 22 (4), S. 417–428.

Reeves, S./Perrier, L./Goldman, J./Freeth, D. et al. (1996, update 2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes.* In: Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Reeves, S./Lewin, S./Espin, S./Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care.* Chichester in West Sussex: Wiley-Blackwell.

Robert Bosch Stiftung (2011a). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen.* Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Robert Bosch Stiftung (2011b). *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen.* Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Robert Bosch Stiftung (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln.* http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (10.10.2014).

Rothgang, H./Salomon, T. (2011). Berufsübergreifende Kooperation der Gesundheitsberufe am Beispiel der Schlaganfallversorgung. Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, S. 59–62.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15 (10.06.2014).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.* http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14 (10.08.2014).

Schroeder, G. (2010). *Interprofessionalität in der Umsetzung.* Pflegewissenschaft, 1, S. 18–23.

Scott, J./Marshall, G. (2014). *Oxford dictionary of sociology – Profession.* http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199533008.001.0001/acref-9780199533008-e-1816?rskey=kyWnpL&result=1816 (20.10.2014).

Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism.* Oxford: University Press.

Thistlethwaite, J. (2012). *Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda.* Medical Education, 46 (1), S. 58–70

WHO – World Health Organization (1988a). *Continuing Education for Physicians.* Genf: WHO.

WHO – World Health Organization (1988b). *Learning together to work together for health.* Genf: WHO.

WHO – World Health Organization (2000). *The world health report 2000 – Health systems: improving performance.* Genf: WHO.

WHO – World Health Organization (2010) *Framwework for Action on Interprofessional Education&Collaborative Practice.* Genf: WHO

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (10.08.2014).

Xyrichis, A./Ream, E. (2008). T*eamwork. A concept analysis.* Journal of Advanced Nursing, 61 (2), S. 232–241.

Zorek, J./Raehl, C. (2013). *Interprofessional education accreditation standards in the USA: a comparative analysis.* Journal of Interprofessional Care, 27 (2), S. 123–130.

14 Professionalisierung als reflexive Arbeitsgestaltung zwischen Wunsch und Wirklichkeit

MICHAELA EVANS; CHRISTOPH BRÄUTIGAM

Das Reorganisationsgeschehen *neuer Arbeitsteilung* im Krankenhaussektor zielt derzeit primär auf einzelne Prozesse und Verrichtungen. Eine personenzentrierte Reorganisation von Aufgabenkomplexen, die Umsetzung ganzheitlicher Arbeitsvollzüge, die Partizipation der Beschäftigten an strategischen Entscheidungen sowie Spielräume zur eigenverantwortlichen Gestaltung der Arbeitsplätze stehen dagegen eher selten im Fokus. Der Beitrag thematisiert, welche Auswirkungen neue und veränderte Anforderungen auf betrieblicher Ebene auf den inhaltlichen Zuschnitt, die Organisation und die Entwicklungsperspektiven von Gesundheitsfacharbeit – vor allem in Pflege und Medizin – im betrieblichen Kontext haben. Grundlage bilden empirische Ergebnisse zur Entwicklung beruflicher Bildung sowie zur Arbeitsgestaltung im Krankenhaussektor. Im Gegensatz zum Professionalisierungsdiskurs wird deutlich, dass auf betrieblicher Ebene Handlungs- und Kooperationsroutinen zwischen den Gesundheitsberufen institutionalisiert werden, die interaktions-intensive Arbeitsaufgaben weiterhin strukturell ausblenden. Durch den Abbau scheinbar redundanter Kapazitäten (v. a. Personal, Kompetenzen, Zeit) in Kombination mit Maßnahmen „Neuer Arbeitsteilung" lässt sich zudem ein Trend zur Arbeitsgestaltung identifizieren, der die Möglichkeiten eines Wandels in der Arbeits- und Prozessgestaltung, der auf die Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten selbst zurückgreift, vielfach einschränkt. Der Beitrag skizziert, warum ein arbeitssoziologisch aufgeklärter Professionalisierungsdiskurs, der die betrieblichen Einsatz- und Anwendungsbedingungen der Gesundheitsfachberufe im Sinne reflexiver Arbeitsgestaltung thematisiert, dringend geboten ist.

14.1 Betriebliche Arbeitsgestaltung als „blinder Fleck" des Professionalisierungsdiskurses

Der Druck zur Reorganisation in bundesdeutschen Krankenhäusern ist nach wie vor hoch: Die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erfordern von vielen Einrichtungen neue Strategien für mehr Wirtschaftlichkeit und Effektivität, den Auf- und Ausbau neuer Dienstleistungsfelder sowie die Professionalisierung einrichtungsinterner und -übergreifender Managementstrukturen. Die Balance zwischen Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit im Versorgungsalltag zu finden, ist für Krankenhäuser nach wie vor eine große Herausforderung (vgl. Kühn, 2014). Trotz des ubiquitären Rufes nach Arbeitgeberattraktivität haben sich die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit vieler Beschäftigter nach Einführung der DRGs

keineswegs verbessert. Arbeitsverdichtung, Personalabbau, strukturelle Unterbesetzung und Pflegearbeit „wie am Fließband“ prägen vielfach noch den Arbeitsalltag (vgl. Nock et al., 2013, S. 43).

International vergleichende Studien – etwa die RN4Cast-Studie – haben gezeigt, dass *Versorgungsqualität* und *Qualität der Arbeit* auf betrieblicher Ebene untrennbar miteinander verknüpft sind: So erzielen Krankenhäuser mit guten Arbeitswelten signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich ihres *Outcomes*, der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Wirtschaftlichkeit (vgl. Aiken et al., 2012). Nicht strukturelle Faktoren, wie Trägerschaft oder Krankenhausgröße, sondern unmittelbar arbeitsprozessbezogene Faktoren haben einen signifikant positiven Einfluss auf Ressourcen und Belastungen der Beschäftigten. Hierzu zählen beispielsweise ein geregelter Informationsfluss, eine routinierte Kooperation zwischen den Berufsgruppen sowie ein höherer Anteil patientennaher Tätigkeiten (vgl. Braun et al., 2010, S. 103). Während die Steigerung der Patientenzufriedenheit, eine höhere Wirtschaftlichkeit und effizientere Prozesse von Geschäftsführungen der Krankenhäuser durchaus als Modernisierungsziele erkannt werden, wird demgegenüber die „Mitarbeiterorientierung“ als strategische Gestaltungsoption kaum genutzt (Blum et al., 2012).

Krankenhäuser lassen sich aus arbeitssoziologischer Perspektive als Betriebe fassen, die durch die Gestaltung von Arbeit, Organisation und Technik eine optimale Kapitalverwertung zur Erreichung ihrer Organisationsziele anstreben. *Wie* Krankenhäuser das Transformationsproblem von Arbeitskraft in Arbeit lösen, ist über Arbeitsgestaltung flexibel lösbar. Was der Arbeitsvertrag in seiner Unbestimmtheit nicht leisten kann, wird so auch zur Aufgabe der Arbeitsgestaltung. Diese mündet im Ergebnis in unterschiedliche Tätigkeitsspektren und Aufgabenportfolios, Informationsniveaus, Anforderungen, Einflusschancen und Entscheidungsspielräume der Beschäftigten (vgl. Elkeles, 1988, S. 6). Die US-amerikanische Konzeption des „Magnetkrankenhauses“ steht beispielsweise für ein arbeitspolitisches Konzept, das strategisch auf eine mitarbeiterorientierte Arbeitsgestaltung in Krankenhäusern setzt.

Sowohl die berufliche Bildung, als auch die Arbeitsgestaltung boten für Krankenhäuser in den vergangenen Jahren Spielräume betriebswirtschaftlicher Reorganisation und Rationalisierung. Zum einen hielten neue Berufe, Qualifikations- und Kompetenzzuschnitte Einzug in die Arbeitswelt (vgl. Bräutigam et al., 2013); zum anderen fokussierte der Wandel auf die Schnittstelle beruflicher Bildung sowie veränderter Arbeitsorganisation und Prozessgestaltung. Insbesondere unter dem Stichwort *neue Arbeitsteilung* (vgl. Stemmer, 2011) wird intensiv ein konzeptioneller Rahmen debattiert, der neue Kompetenz- und Prozesszuschnitte zwischen Gesundheitsberufen, vor allem zwischen Medizin und Pflege, zum Gegenstand hat. Neue Arbeitsteilung zielt zudem auf eine

Differenzierung und Spezialisierung gesundheitsbezogener Berufe sowie auf die Schaffung neuer Berufe im Krankenhaus, vor allem im Bereich Assistenz und Service.

Parallel zur Debatte um die Neuverteilung von Aufgabenkomplexen und Tätigkeiten setzen sich Wissenschaft, Berufsverbände aber auch Bildungsanbieter mit künftigen Perspektiven und Wegen einer weiteren Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe auseinander. Die Zugänge kreisen um Begriffe wie *Verberuflichung*, *Professionalisierung* und *Akademisierung*. Dass Handlungsbedarf zur Reform der Gesundheitsfachberufe besteht, ist unstrittig und wird durch Beiträge wie „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“ deutlich kommuniziert (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2013). Bestätigt nicht zuletzt durch das Gutachten des Wissenschaftsrats (2012) herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass aufgrund komplexer werdender Aufgaben für die Gesundheitsfachberufe die Notwendigkeit steigt, das Handeln auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren, verfügbare Handlungsmöglichkeiten evidenzbasiert zu überprüfen und den Arbeitsprozess reflexiv auf situative Erfordernisse anzupassen. Professionalisierung im Sinne der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wird sogar als Voraussetzung für die erfolgreiche Profilierung von Gesundheitseinrichtungen im Wettbewerb betrachtet:

> „Die derzeit bestehende Diskrepanz [zwischen den Aufgaben und Verantwortungen und den Qualifikationsprofilen in der Pflege, Anm. d. Verf.] beeinträchtig auch den Wettbewerb, denn die Profilierung der Versorgungseinrichtungen ist ohne entsprechend qualifiziertes Personal nicht realisierbar. (…) Dazu muss die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege forciert und auch der Ausbau an grundständigen und dualen Studiengängen, die praktische Ausbildung und Hochschulqualifizierung auf Bachelorniveau miteinander verbinden, vorangetrieben werden.“ (SVR, 2012, S. 43)

Auch wenn Professionalisierung und Akademisierung eng miteinander verknüpft sind, geht in der gegenwärtigen Debatte die Trennschärfe verloren. Der Begriff Professionalisierung fokussiert erstens auf die Weiterentwicklung „verberuflichten Handelns“ in Richtung *Profession*, die sich theoretisch u. a. durch wissenschaftliche Ausbildung, ein hohes gesellschaftliches Ansehen, monopolisierte Aufgabenkomplexe und eigene Verbandsorganisationen bei ausgeprägter Gemeinwohlorientierung auszeichnet (vgl. Abbott, 1988). In einem zweiten Verständnis zielt Professionalisierung auf das spezifische Verhältnis von Wissen und Handeln, auf Autonomiespielräume des Handelnden sowie auf die Eigenverantwortung im Arbeitsvollzug (vgl. Rabe-Kleberg, 1993). Eng damit verknüpft ist der Prozess der Verberuflichung des Anforderungs- und Aufgabenprofils der Gesundheitsfachkräfte. Akademisierung hingegen bezeichnet den Prozess exklusiver Wissensvermittlung mittels akademischer Ausbildungsgänge (vgl. Bögemann-Großheim, 2004). Der ursprüngliche Bezug der Professionalisierung zum konkreten Arbeitshandeln und den Anforderun-

gen an die Arbeitsgestaltung auf betrieblicher Ebene rückt dabei zunehmend in den Hintergrund. Während durch neue und erweiterte Anforderungen auf betrieblicher Ebene eine Ausweitung akademischer Kompetenzen begründet wird, bleibt unklar, wie dem Professionalisierungsprozess der Gesundheitsfachberufe im Zusammenspiel mit der Arbeitsgestaltung auf betrieblicher Ebene Rechnung getragen werden kann.

Bislang ist kaum untersucht, ob und inwieweit die Arbeitsgestaltung in Krankenhäusern darauf ausgerichtet ist, professionelles Handeln strukturell zu fördern und die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe in der betrieblichen Praxis zu unterstützen. Insbesondere vor dem Hintergrund der skizzierten Debatte um die neue Arbeitsteilung ist zu überprüfen, wie auf Basis der Überwindung bestehender Professionsgrenzen und -hierarchien eine integrierte und multiprofessionelle Versorgung auf Ebene der betrieblichen Arbeitsgestaltung faktisch realisiert werden kann. Diese sollte statt auf „monoprofessionelle Integrationsversuche" auf neue Kooperationsroutinen und -kulturen setzen (Schaeffer/Ewers, 2006, S. 206). Aus wissenschaftlicher Sicht gilt es demnach zu untersuchen …

- … wie vorhandene Qualifikationen und Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe auf betrieblicher Ebene in den Krankenhäusern im Rahmen der Arbeitsgestaltung faktisch eingesetzt werden;
- … welche Veränderungen sich in der Arbeitsgestaltung, d. h. dem aufgabenspezifischen Einsatz von Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten, der Organisation von Arbeit und des Technikeinsatzes, im Zeitverlauf nachzeichnen lassen;
- … welche Effekte unterschiedliche Typen der Arbeitsgestaltung für die Beschäftigten selbst, die Patientinnen und Patienten sowie die betriebswirtschaftlichen Ziele der Einrichtungen haben und
- … unter welchen Voraussetzungen betriebliche Arrangements von Arbeit, Organisation und Technik geeignet sind, professionelles Handeln und die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe auf betrieblicher Ebene zu unterstützen.

Hier besteht ein betrieblicher „blinder Fleck" des Professionalisierungsdiskurses. Des Weiteren rücken die Ressourcen die Gesundheitsfachberufe selbst zur Weiterentwicklung betrieblicher Arbeitsgestaltung in das Erkenntnisinteresse. Während die *Professionssoziologie* veränderte Anforderungen an der Schnittstelle beruflicher Bildung und Berufswirklichkeit sowie die Transformation vom Beruf *zur* Profession in den Handlungskontexten und Arbeitsroutinen in den Mittelpunkt

stellt, stehen in der *Arbeitssoziologie*, als Teildisziplin der Arbeitswissenschaft, unterschiedliche Formen der Transformation von Arbeitskraft *in* Arbeit und ihre Folgen für die Arbeitssituation der Beschäftigten im Fokus.

Ein arbeitssoziologisch aufgeklärter Professionalisierungsdiskurs der Gesundheitsfachberufe gewinnt nicht zuletzt vor dem Hintergrund aktueller theoretischer Debatten an Relevanz. Sowohl in der Professionssoziologie, als auch in der Dienstleistungstheorie und der Pflegewissenschaft liegen Konzeptionen vor, die den betrieblichen Rahmenbedingungen eine Schlüsselfunktion für die Konstitution von Profession wie auch der Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe zuweisen. Ganzheitliche Arbeitsvollzüge, eine Kohärenz von beruflicher Bildung und Berufswirklichkeit, die Fähigkeit zur Bewältigung dynamischer Berufssituationen sowie Kompetenzentwicklung in unsicheren Handlungssituationen bilden zentrale Dimension der Professionalisierung (vgl. Eylmann, 2014). Die jüngere Debatte der Professionssoziologie betont, dass Professionalisierung als ein *Prozess* verstanden werden kann, der nicht stringent verläuft und in seinem Ausgang offen ist. Professionalisierung kann demnach nicht losgelöst von ihren betrieblichen Rahmenbedingungen verstanden werden, sondern ist in Kontextbedingungen eingebettet: hemmend oder fördernd. In dieser Sichtweise konstituiert sich Profession erst *in* und *durch Arbeitsprozesse*. Sie wird dann als *Institutionalisierungsform* (vgl. Dewe/Otto, 2012, S. 210) gefasst, deren Bezugspunkt die alltägliche Organisation des Handelns ist, und die durch Routinisierung sowie Habitualisierung praktischer Tätigkeiten erst im Arbeitsvollzug wirksam wird.

Professionalität zielt in diesem Sinne auf die praktische Befähigung zu iterativer Problemlösung, die auch koordinierende und steuernde Aufgaben im Gesamtarbeitsprozess umfasst (vgl. Birken, 2012). Gesundheitsarbeit stellt sich dementsprechend als Summe situativ-personenbezogener sowie organisatorisch-übergreifender Aufgaben dar. Professionelles Handeln unterstellt in der Folge die Notwendigkeit

- erweiterter Anforderungen an die Aufgabenfelder,
- erweiterter Tätigkeitsprofile sowie
- erweiterter Anforderungen an die Gestaltung und Steuerung der organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit durch die Gesundheitsfachberufe selbst.

Der reflektierte Praktiker (vgl. WR, 2012, S. 47) ist aus dieser Perspektive nicht nur normatives Leitbild des Professionalisierungsdiskures, sondern idealtypisch auch eine Blaupause operativer Arbeitsgestaltung auf betrieblicher Ebene.

Dienstleistungstheoretische Konzeptionen, wie etwa das Konzept *„Interaktiver Arbeit“* (vgl. Dunkel/Weihrich, 2012), legen einen Schwerpunkt auf den Einfluss betrieblicher Kontextbedingungen für die Qualität situativer Aushandlungsprozesse in Dienstleistungsbeziehungen. Fokussiert wird das *service encounter*, das den organisationalen Rahmenbedingungen sowie der internen Dienstleistungsbeziehung von Unternehmen und Beschäftigten einen bedeutenden Stellenwert einräumt: Aktivierung, Aufgabenorientierung, Personenzentrierung und reflexive Prozessgestaltung sind hier zentrale Determinanten der Professionalität interaktiver Arbeit. (vgl. Birken 2012).

Zugänge zur betrieblichen Arbeitsgestaltung finden sich schließlich auch in pflegewissenschaftlichen *Person-centred-care*-Konzepten. Diese stellen den Patienten mit seinen spezifischen Bedürfnissen in den Mittelpunkt und definieren ihn zum Ausgangspunkt der Arbeitsgestaltung. Die betriebliche Arbeitslogik wird „vom Kopf auf die Füße gestellt“: Statt sequenzieller Prozesslogik dominiert der Anspruch ganzheitlicher Personenzentrierung. Diese gilt es durch eine Reorganisation der Aufbau- und Ablauforganisation, veränderte Arbeitsaufgabenkomplexe und Kooperationsroutinen im Rahmen von *supporting organisation systems* sicherzustellen (vgl. McCormack/McCance, 2011). Medizinisch-technologische Prozesse werden in dieser Konzeption als „Umwelt“ des Pflegesystems konzeptualisiert. Organisation und Arbeitsgestaltung dienen dazu, Fachlichkeit im Arbeitsprozess abzurufen und professionelles Handeln zu ermöglichen. Fachlichkeit ist damit keine abhängige Variable der Arbeitsgestaltung. Professionelle Kompetenz, Interprofessionalität, berufliches Engagement und die Transparenz von Zielen und Wertvorstellungen ebenso wie das Selbstbewusstsein der Beschäftigten sind in der Konzeption *Voraussetzungen* für Pflegeprozesse und personenzentrierte Outcomes (vgl. McCormack/McCance, 2011). Die Realität sieht ohne Zweifel vielfach noch anders aus – nicht der Patient steht im Mittelpunkt, sondern professionstheoretisch sanktionierte ökonomische und machtpolitische Interessen prägen das Bild neuer Arbeitsteilung (vgl. Cassier-Woidasky, 2011, S. 179).

Folgt man den skizzierten Überlegungen, so werden Profession und Professionalität erst über Arbeitsroutinen und deren Institutionalisierung im Rahmen betrieblicher Arbeitsvollzüge konstituiert und wirksam. Professionalisierung ist ein prinzipiell offener Prozess und wird damit zum beweglichen Ziel der Arbeitsgestaltung – und *vice versa*: Betriebliche Arbeitsgestaltung kann ihre Funktion erst unter der Bedingung professionellen Handelns einlösen. Profession, Professionalität und Professionalisierung einerseits sowie betriebliche Arbeitsgestaltung anderseits können nicht unabhängig voneinander gedacht werden. Sie sind rekursiv verknüpft: Arbeitsgestaltung ist *Medium* und *Resultat* professionellen Handelns zugleich. Eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Innenwelt der Krankenhäuser an der Schnittstelle beruflicher Bildung und betrieblicher

Arbeitsgestaltung kann aus dieser Perspektive wertvolle Hinweise darauf liefern, ob und inwiefern professionelles Handeln und die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe durch die Arbeitsgestaltung in der Praxis unterstützt werden.

14.2 Berufsbilder und Arbeitsgestaltung im Krankenhaus: empirische Ergebnisse

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zur beruflichen Bildung im Krankenhaussektor beruhen auf einer *Expertise*, die im Jahr 2013 für den Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) erstellt wurde. Gegenstand des Projekts war es, Entwicklungstrends und Funktionen gesundheitsbezogener Berufsbilder und Arbeitskonzepte in Krankenhäusern aus qualitativer Perspektive zu eruieren, zu beschreiben und zu analysieren. Komplementär zur Expertise erfolgte im Zeitraum Oktober 2012 bis Februar 2013 eine *Online-Befragung* zum „Arbeitsreport Krankenhaus. Die Studie fokussierte auf Beschäftigte aller Berufsgruppen auf bettenführenden Stationen in deutschen Krankenhäusern. Untersucht wurde, welche Auswirkungen neue und veränderte Anforderungen auf betrieblicher Ebene auf den inhaltlichen Zuschnitt, die Organisation und die Entwicklungsperspektiven von Gesundheitsfacharbeit im betrieblichen Kontext haben. Insgesamt haben sich 3.331 Personen an der von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) geförderten Befragung beteiligt und insgesamt 2.507 Datensätze konnten in der Auswertung berücksichtigt werden. Operationalisiert wurde die Zielsetzung der Befragung u. a. durch die Themenblöcke „Qualifikation, Fort- und Weiterbildung“, „Aufgabengebiet und Arbeitsplatz“, „Interprofessionelle Zusammenarbeit im Arbeitsbereich“ sowie über Fragen zur „Arbeitssituation“. Die Ergebnisse der Expertise wie auch der Online-Befragung können für sich genommen zwar keine Repräsentativität beanspruchen; gleichwohl lieferten sie in der Zusammenschau erste Ergebnisse und Hypothesen zum Zusammenhang von Professionalisierung und betrieblicher Arbeitsgestaltung im Krankenhaussektor.

14.2.1 „Neue“ Berufsfelder im Krankenhaus – widersprüchliche Interessen und unklarer Nutzen

Während sich im Pflegedienst der Krankenhäuser die Zahl der Beschäftigten zwischen 1991 und 2010 insgesamt um 4 % erhöht hat, ist die Zahl der Vollkräfte im gleichen Zeitraum um 6 % gesunken; wobei sich die Zahl der zu versorgenden Behandlungsfälle je Pflegevollkraft erhöht hat. Die bundesweite Zunahme der Beschäftigten im Bereich des ärztlichen Dienstes und des

medizinisch-technischen Dienstes am Krankenhauspersonal hat sich zudem in den höchsten Zuwachsraten der Personalkosten in diesen Beschäftigungsbereichen niedergeschlagen (vgl. Bölt et al., 2012). Beschäftigungsstrukturelle Entwicklungen, wie die Zunahme von Teilzeitarbeit, geringfügiger Beschäftigung und Leiharbeit, stellen zunehmend auch höhere Anforderungen an die Re-Integration der Arbeitsaufgaben und -prozesse. Das Arbeitsvolumen ist sowohl zwischen den Berufen als auch innerhalb der Berufsgruppen in den vergangenen Jahren umverteilt worden. Insbesondere medizinisch-technisch orientierte, therapeutische Tätigkeiten sowie pflegeunterstützende Tätigkeiten haben an Bedeutung gewonnen (vgl. Blum/Grohmann, 2009, S.55/56). Deutlich wurde in den Ergebnissen der FES-Expertise, dass sich insbesondere bei denjenigen Berufsgruppen, die eng an den medizinisch-technologischen Kernprozessen der Einrichtungen arbeiten, in den vergangenen Jahren ein reges Berufsbildungsgeschehen zeigte. Charakterisieren lässt sich dies u. a. durch schnellere Zugänge zum Berufsfeld, durch spezialisierte Qualifikationszuschnitte sowie durch Berufszuschnitte, die mit geringeren Lohnkosten verbunden sind.

Das deutsche Gesundheitswesen geht in Sachen beruflicher Bildung einen Sonderweg, der sich durch unterschiedliche institutionelle Regulierungen sowie durch verteilte föderale Kompetenzen und Verantwortungen charakterisieren lässt. Hierzu zählen vor allem das duale System nach Berufsbildungsgesetz (BBiG), vollzeitschulische Berufsausbildungen nach Landesrecht und die Systematik der Berufszulassungsgesetze des Bundes. Hinzu kommen Berufe, die durch einzelne Einrichtungen oder Verbände selbst entwickelt werden (vgl. Hilbert et al., 2014; Dielmann, 2013). Bislang liegen keine verbindlichen Definitions- und Qualitätsmerkmale für Gesundheitsberufe vor, die Verwendung des Begriffs ist entsprechend vielfältig. Die Praxis zeigt, dass …

- … sich hinter unterschiedlichen Bezeichnungen ähnliche Tätigkeitsfelder und Aufgaben verbergen können,
- … Tätigkeitsfelder und Aufgaben nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden können,
- … nicht alle Berufsangebote einheitlich und transparent geregelt sind,
- … keineswegs alle Berufsangebote in der Praxis auch überall eingesetzt werden können,
- … vielfach Unsicherheiten bezüglich der konkreten Anforderungen an die Arbeits(platz)gestaltung existieren und
- … es sich nicht bei jedem Berufsangebot um einen Beruf im engeren Sinne handelt.

Ausgehend von den Ergebnissen der Expertise lassen sich die wichtigsten Entwicklungstrends für die Krankenhäuser wie folgt zusammenfassen:

Befund 1: Veränderungen der Aufgabenverteilung in Krankenhäusern werden von vielfältigen und teils widersprüchlichen Interessen getrieben. Die flächendeckend zu beobachtende Veränderung der Aufgabenverteilung in Krankenhäusern kommt zum einen als Umverteilung zwischen etablierten Berufen und zum anderen als Schaffung neuer Aufgabenprofile für bekannte und neue Berufe daher. Grundsätzlich können neue oder erweiterte Berufsbilder, Qualifikations- und Kompetenzprofile verschiedene Funktionen erfüllen: Sie können professionelle Arbeit fördern, sie effizienter gestalten, professionelle Arbeit in ihrer Bedeutung relativieren oder gar ersetzen (vgl. Abb. 14.1). Viele Konzepte neuer Arbeitsteilung dienen in der betrieblichen Praxis zunächst primär betriebswirtschaftlicher Effizienzsteigerung durch einen kostengünstigeren *Skill-Mix*. Darüber hinaus dienen neue, spezialisierte Berufsbilder (z. B. Stroke-Nurses, „Herzschwestern") vielfach auch der leistungsbezogenen Profilbildung der Krankenhäuser. Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen und die Leistungsverdichtung im ärztlichen Bereich haben bereits vor Jahren eine kritische Diskussion um eine Übertragung von Tätigkeiten aus dem ärztlichen Dienst auf die Pflege und auf medizinische Assistenzberufe in Gang gesetzt (vgl. Cassier-Woidasky, 2011, S. 167). In der betrieblichen Praxis ist häufig ein Kaskadeneffekt durch die Übernahme neuer Aufgaben zu beobachten: Der Pflegedienst übernimmt Aufgaben vom ärztlichen Dienst und gibt im Gegenzug andere Aufgaben an weitere Dienste ab.

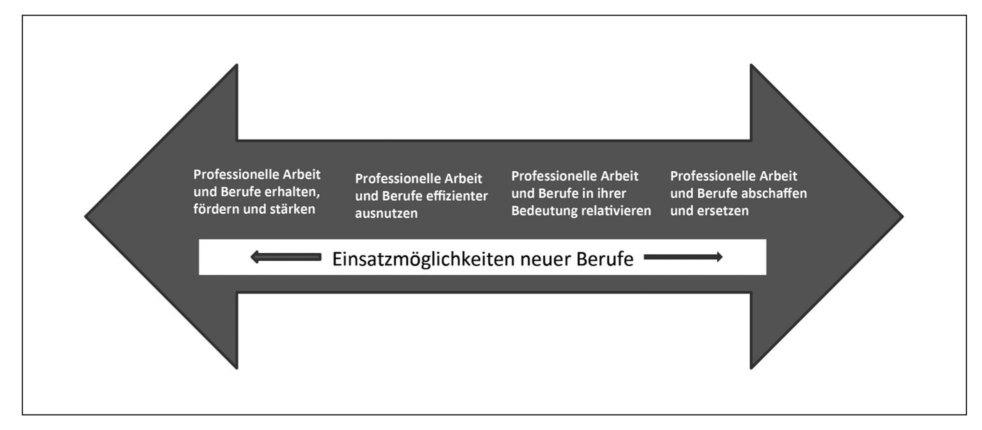


Abbildung 14.1: Kontinuum der beruflichen Entwicklung im Gesundheitswesen

Die Logik der Um- und Neuverteilung trifft bei den etablierten Berufen – insbesondere bei Pflege und Medizin – auf ein geteiltes Echo. So stellt etwa eine Aufspaltung der Aufgaben die Beteiligten vor das Problem der Reorganisation; gleichzeitig wird die Gefahr gesehen, dass es bei den neuen, stärker arbeitsteilig organisierten Prozessen zu einem partiellen Ausblenden fachlicher Kompetenz und damit zu Gefahren für Patientinnen und Patienten kommen kann. Dieses Vorgehen stellt nicht nur die Qualität, sondern mittel- und langfristig auch die intendierten Kosteneinsparungen infrage. Zudem zeigte sich in der Untersuchung, dass eine Bereinigung um fachfremde Tätigkeiten möglicherweise nicht nur positive Effekte nach sich zieht. Tätigkeiten, wie z. B. Verwaltungsaufgaben und Dokumentationen, können durchaus eine Entlastungs- und Pufferfunktion im Arbeitsprozess haben. Eine permanente Fokussierung auf interaktionsintensive Kernaufgaben – sofern sie überhaupt gelingt – kann von den Beschäftigten nicht nur als sehr belastend empfunden werden, sondern im Sinne der Prozessorientierung geradezu kontraproduktiv sein.

Befund 2: Neue Qualifikationen und Berufe auf unterschiedlichem Niveau – „Heiteres Berufebasteln“ mit nicht intendierten Folgen. Sowohl die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung als auch die Reorganisation von Gesundheitseinrichtungen auf Ebene ihrer Arbeitsstrukturen und -prozesse erfordern eine Revision einschlägiger Berufsprofile, -zuschnitte und -rollen als auch die Generierung neuer innovativer Berufsprofile (vgl. Bals, 2013, S. 177). Das Spektrum der Aktivitäten zur Neugestaltung oder Weiterentwicklung von Berufsbildern und Tätigkeitsprofilen im Krankenhaussektor reicht von:

- neuen Tätigkeitsfeldern für nicht oder gering qualifizierte Beschäftigte (z. B. Assistenz- und Serviceaufgaben oder Spezialdienste wie Patientenbegleitdienste),
- über die Neudefinition von Tätigkeitsfeldern für Angehörige bestehender Berufe (z. B. Stationsmanagement/Stationssekretariat),
- die Übertragung von Aufgaben vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst sowie von der Pflege auf assistierende Berufe und
- „neue“ Berufe (z. B. OTA, CTA, ATA) und neue Tätigkeitsfelder, die z. B. durch Fachweiterbildungen befördert werden sowie neue Qualifikationsniveaus (z. B. *Physician Assistant*) bis hin zur
- Integration akademischer, berufsbegleitend erworbener Qualifikationen (z. B. Case-Management) und
- grundständig akademischen Berufsqualifizierungen für die Gesundheitsfachberufe.

Bei den niedrigschwelligen Qualifizierungen spielt die Ausbildung per Anleitung oder durch kurze betriebsinterne Maßnahmen eine große Rolle. Für Tätigkeitsfelder mit vergleichbaren Aufgaben wie etwa Versorgungsassistentinnen, Servicehelferinnen, Serviceassistentinnen oder Stationshelferinnen gibt es verschiedene Bezeichnungen und auch die Aufgabenzuschnitte sind häufig uneinheitlich. Etliche dieser eher niedrigschwelligen Anforderungsprofile erweisen sich in der Praxis als berufsbiographische Sackgasse. Das Fehlen einer integrierenden, betrieblichen Arbeitsgestaltung erweist sich hier als problematisch. Spezialisierungen sind zudem, selbst wenn sie funktional vorteilhaft sein mögen, für die Beschäftigten arbeitspsychologisch höchst fragwürdig, da sie kaum Dispositionsspielräume bieten und tendenziell monoton sein können. Bedenklich erscheint ferner die Tendenz, für identifizierte Problembereiche (vor)schnell Spezialqualifikationen zu schaffen. In vielen Fällen könnten die etablierten Berufe durch organisatorische Veränderungen und Qualifizierung praktikable Lösungen anbieten. Erweiterte Kompetenzprofile (z. B. Case-Manager) kommen in der Praxis sehr unterschiedlich zum Einsatz. Wo der Zusatznutzen neuer oder erweiterter Kompetenzprofile nicht deutlich wird, kommt es nicht selten zu Spannungen mit etablierten Berufsgruppen, etwa zwischen traditionellem Sozialdienst und vergleichsweise neuem Case-Management.

Befund 3: Trotz neuer Berufe, Spezialqualifikationen und erweiterter Kompetenzprofile droht „Patientenorientierung" auf der Strecke zu bleiben. In der Praxis der Krankenhäuser werden Leistungen doppelt ausgeblendet: Einerseits beschränken sich die Veränderungen der Aufgabenverteilung bisher weitgehend auf das bestehende Leistungsportfolio der Kliniken und dies zudem überwiegend bezogen auf einzelne Verrichtungen statt auf Aufgabenkomplexe. Viele dringend erforderliche, aber bisher im Krankenhaus nur rudimentär erbrachte Leistungen, werden auch weiterhin nur eingeschränkt erfüllt. Ein Beispiel ist das Entlassungsmanagement, das zwar formell stattfindet und für das flächendeckend Stellen geschaffen wurden, das aber allzu oft dem individuellen Patientenbedarf ebenso wenig gerecht wird, wie den Anforderungen des entsprechenden pflegerischen Expertenstandards. Unübersehbar ist, dass die eklatanten Lücken bei dem Bemühen um Versorgungskontinuität insbesondere bei Menschen mit chronischen Verläufen weiter bestehen. Andererseits ist auch zu bedenken und einzuplanen, dass heute viele Leistungen von Pflegenden tagtäglich jenseits der offiziellen Aufgabenbeschreibungen, quasi im Verborgenen wahrgenommen werden, die für das gute Funktionieren eines Krankenhauses unerlässlich sind. Gemeint sind die teilweise zeitintensiven Kommunikations-, Koordinations- und Organisationsleistungen, die neben den fachlichen Kompetenzen geradezu konstituierend für professionelles Handeln im Arbeitssystem sind.

Zusammenfassend kann in der Praxis eine horizontale und vertikale Differenzierung der Berufslandschaft im Krankenhaussektor nachgezeichnet werden. Für spezifische Problemlagen der gesundheitlichen Versorgung sind in den vergangenen Jahren neue Kompetenzniveaus eingeführt oder spezielle Qualifikationen und Abschlüsse entwickelt worden. Das Feld der Bildungsangebote ist überaus umfangreich, wobei insbesondere akademische Aus-und Weiterbildungsangebote in den vergangenen Jahren einen deutlichen Ausbau erfahren haben (vgl. Hensen, 2012).

14.2.2 Arbeitsgestaltung im Krankenhaus: vielfach reaktiv, statt reflexiv!

Sowohl die Beschäftigten in der Pflege als auch in der Medizin konnten im „Arbeitsreport Krankenhaus" (Bräutigam et al., 2014) von einer dynamischen Reorganisation ihres Arbeitsumfeldes in den vergangenen Jahren berichten. Auf die Frage „*Hat es in den vergangenen Jahren Veränderungen in ihrem persönlichen Aufgabengebiet gegeben?*" bejahten 69,7 % der Befragten des Pflegedienstes und 63,4 % der Beschäftigten des Ärztlichen Dienstes diese Aussage. Auch bei den „Sonstigen Berufen", bei dieser Kategorie handelte es sich primär um Beschäftigte der therapeutischen Berufsgruppen (v. a. Physiotherapie, Logopädie), stimmten 65,4 % der Befragten der Aussage zu. Im Weiteren interessierte, welche konkreten Veränderungen sich aus Sicht der Beschäftigten in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld nachzeichnen lassen. Für die Pflege wurde deutlich, dass …

- … lediglich 11,7 % der Befragten angaben, ihre Aufgaben seien in den letzten Jahren reduziert worden. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (88,3 %) verneinte demgegenüber diese Aussage, d. h. die Arbeitsaufgaben sind in den vergangenen Jahren entweder konstant geblieben oder sogar ausgeweitet worden.
- … parallel hierzu weitere Pflegestellen in den Krankenhäusern abgebaut wurden. 71,0 % der Befragten des Pflegedienstes gaben an, dass in ihrem Arbeitsumfeld Stellen abgebaut wurden, während nur 16,2 % der Befragten von einer Schaffung zusätzlicher Pflegestellen berichteten. Insgesamt 47,9 % der befragten Pflegenden gaben zudem an, dass in ihrem Arbeitsumfeld in den vergangenen Jahren Pflegekräfte über Zeitarbeit beschäftigt wurden. Diese dienen nicht selten der Bewältigung anfallender Arbeitsspitzen bei knappen Personalressourcen in der „Stammbelegschaft".
- … sich insbesondere im experimentellen Umgang mit Assistenz- und Servicediensten das Reorganisationsgeschehen der Krankenhäuser manifestiert. 37,5 % der Befragten des Pflegedienstes stimmten der Aussage, „*In meinem Arbeitsumfeld sind neue Assistenzdienste*

geschaffen worden“, zu. Weitere 33,5 % der Pflegenden gaben an, dass bestehende Assistenzdienste umorganisiert wurden, 22,1 % der Befragten bestätigten den Ausbau bestehender Assistenzdienste in ihrem Arbeitsumfeld.

Auch für den ärztlichen Dienst konnten entsprechende Reorganisationstrends (wenngleich mit geringerer Verbreitung) identifiziert werden (vgl. Abb. 14.2). Die Stichprobenanalyse zeigte, dass es sich bei den Befragten des ärztlichen Dienstes primär um Stations-bzw. Assistenzärzte handelte. Mit 36,6 % gab ein hoher Anteil der Befragten des ärztlichen Dienstes ebenfalls an, dass in ihrem Arbeitsumfeld in den vergangenen Jahren Ärzte über Zeitarbeit beschäftigt wurden.

Die identifizierten Veränderungen des Arbeitsumfelds betreffen Tätigkeiten und Aufgaben aus den Bereichen Organisation, Koordination, Dokumentation und Patientenversorgung gleichermaßen. Zudem zeigten sich deutliche Verschiebungen bei den Verwaltungs- und Ausbildungsaufgaben. Auch wenn das Arbeitsumfeld von Pflegenden und Ärzten gleichermaßen von Reorganisationsmaßnahmen betroffen zu sein scheint, legten die Ergebnisse offen, dass von Veränderungen in den logistischen Prozessen der Krankenhäuser fast ausschließlich der Pflegedienst betroffen war.

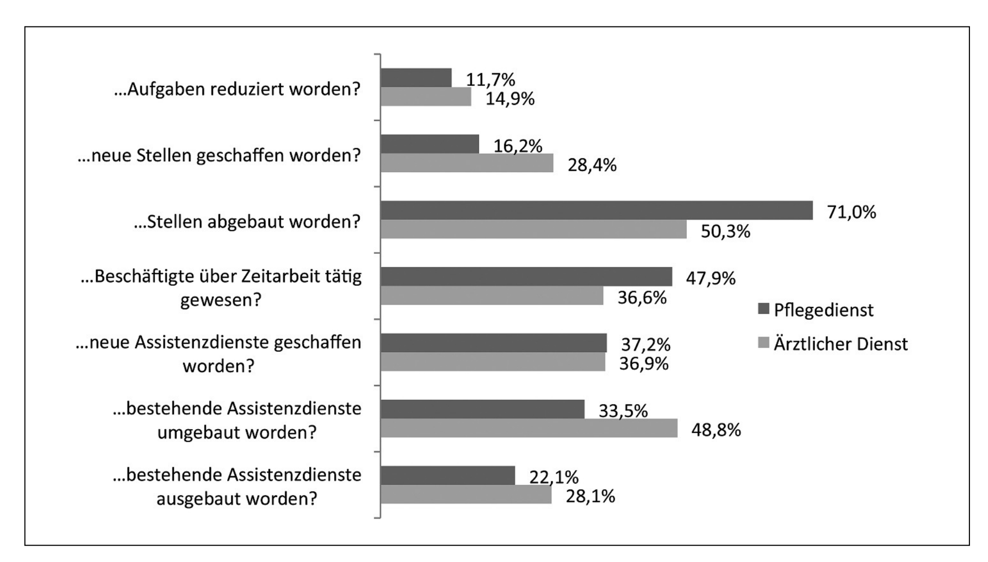


Abbildung 14.2: Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten (Pflegedienst und ärztlicher Dienst; Nennungen „Trifft zu“)

Das Reorganisationsgeschehen des Arbeitsumfelds der Gesundheitsfachberufe lässt sich entlang der Übernahme oder Abgabe von Tätigkeiten und Aufgaben nachzeichnen. 78,6 % der Befragten des Pflegedienstes gaben an, auf ihrer Station in den vergangenen Jahren Aufgaben des ärztlichen Dienstes übernommen zu haben, lediglich 14,7 % verneinten diese Entwicklung. Zum Spektrum der vom ärztlichen Dienst übernommenen Aufgaben zählen neben Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben vor allem patientennahe Einzeltätigkeiten im Bereich der Diagnostik und Therapie, wie Wundmanagement, Blutentnahmen, IV-Injektionen, das Schreiben/Anlegung von EKG/EEG oder das Legen von Venenkanülen.

Nicht nur die Übernahme von Aufgaben des ärztlichen Dienstes beeinflusst das Arbeitsumfeld der Pflegenden, sondern auch die Übernahme von Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben, Reinigungsaufgaben etc. So gaben 47,1 % der Befragten des Pflegedienstes an, Aufgaben von anderen Diensten als dem ärztlichen Dienst übernommen zu haben. Die Verschiebung einzelner Tätigkeiten und Aufgaben zwischen den Berufsgruppen wurde zudem im Spektrum der vom Pflegedienst abgegebenen Aufgaben deutlich: Mahlzeitenbestellungen, Patientenbegleitung, aber auch Speisenversorgung und Stationsorganisationen gehörten hierzu. Insgesamt lässt sich ein breites Aufgabenportfolio nachzeichnen, das sowohl patientennahe als auch patientenferne Tätigkeiten und Aufgaben umfasst. Wenn Aufgaben des Pflegedienstes abgegeben wurden, dann vor allem an Servicehelfer/-innen und Stationsassistenten/-innen (32,2 %), an Pflegehilfskräfte (31,0 %) sowie an Stationssekretäre/-innen (23,5 %). Auch der ärztliche Dienst hat in den vergangenen Jahren Aufgaben an andere Dienste als den Pflegedienst abgegeben. Hierzu zählen vor allem die Berufsgruppen der Medizinischen Dokumentationsassistenten/-innen, Stationsassistentinnen sowie der Sozialdienst.

Insgesamt äußerten sich nur rund 18 % der Befragten zufrieden mit ihrer gegenwärtigen Aufgabenverteilung, ca. 45 % antworteten auf die Aussage „*Ich bin mit meiner jetzigen Aufgabenverteilung zufrieden*“ entlang der Kategorien „nicht so zutreffend“ und „völlig unzutreffend“. In denjenigen Bereichen, die in den vergangenen Jahren von einer Reorganisation der Arbeit betroffen waren, fühlen sich die Beschäftigten im Ergebnis der Reorganisation nur zu einem geringen Teil entlastet. Mehr als drei Viertel gaben an, dass die momentane Aufgabenverteilung ihrer Ansicht nach Konflikte im Arbeitsumfeld befördere. Unterschiedliche Einschätzungen zwischen den Berufsgruppen zeigen sich bei der Frage, ob den Beschäftigten nach eigener Einschätzung hinreichend Ressourcen für die Erledigung ihrer Kernaufgaben zur Verfügung stehen. Dies bewerten Ärztinnen und Ärzte deutlich positiver als die Pflegenden; der ärztliche Dienst konnte offensichtlich von den arbeitsplatzbezogenen Veränderungen neuer Arbeitsteilung stärker profitieren. Von

einer flächendeckenden Stärkung der beruflichen Handlungskompetenz durch die Neuverteilung von Einzeltätigkeiten im Arbeitsprozess kann auf Basis der Ergebnisse gegenwärtig nicht ausgegangen werden.

Ob das arbeitsbezogene Reorganisationsgeschehen auch zu Verbesserungen der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten führt, ist mit Blick auf die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe eine zentrale Frage. Der „Arbeitsreport Krankenhaus" näherte sich dieser, indem die subjektiven Erfahrungen der Beschäftigten mit den Folgen neuer Arbeitsteilung erfragt wurden. Auf die Aussage „*Die neue Arbeitsteilung führt zu Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten*" zeigten sich berufsgruppenübergreifend kritische Einschätzungen: Von den Befragten aller Berufe, die von einer arbeitsplatzbezogenen Reorganisation in den vergangenen Jahren berichteten, gab nur eine Minderheit von 15 % („völlig zutreffend"/„ziemlich zutreffend") an, dass die Veränderungen zu Verbesserungen für die Patienten führen. Mit deutlich über 50 % wurde diese Aussage abgelehnt („völlig unzutreffend"/„nicht so zutreffend").

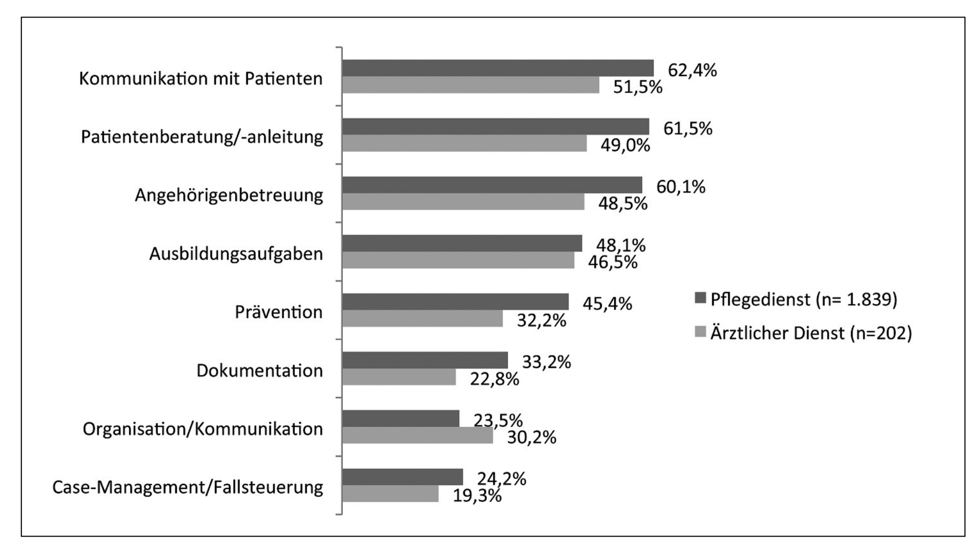


Abbildung 14.3: Vernachlässigte Aufgaben im eigenen Arbeitsbereich nach Berufsgruppen (Pflegedienst und ärztlicher Dienst) (vgl. Bräutigam et al., 2014, S. 54)

Berufsübergreifend gaben zudem 82,6 % der Befragten an, dass *trotz* der Reorganisationsmaßnahmen im Arbeitsumfeld wichtige Aufgaben im Arbeitsprozess vernachlässigt werden (vgl. Abb. 14.3). Diese betreffen für Pflege *und* Medizin vor allem die interaktionsintensiven Arbeitsanteile:

Kommunikation mit Patienten, Patientenberatung und -anleitung, Angehörigenbetreuung sowie Ausbildungsaufgaben spielen bislang im betrieblichen Reorganisationsgeschehen offensichtlich eine untergeordnete Rolle. Hierbei handelt es sich zudem um Aufgaben, die bei der Bemessung des realen Arbeitsvolumens nicht selten unberücksichtigt bleiben (vgl. Kap. 14.2.1). Im Gegensatz zu den Pflegenden gewichten die befragten Mediziner die Vernachlässigung organisatorischer und steuernder Aufgaben höher. Das betriebliche Reorganisationsgeschehen verdeutlicht, dass Tätigkeiten und Aufgaben der Beschäftigten in Pflege und Medizin in den Krankenhäusern zwar „im Fluss" sind, das Reorganisationsgeschehen aus Sicht der Beschäftigten aber nicht zu Verbesserungen für die Patienten und Patientinnen führt.

Die Möglichkeit, Handlungskompetenz in den Arbeitsprozess einzubringen, sowie Gestaltungsspielräume am Arbeitsplatz aber auch die Partizipation bei strategischen Entscheidungen sind, wie eingangs skizziert, wichtige Determinanten professionellen Handelns. Dies hängt zudem entscheidend davon ab, ob es gelingt, Wissen und Handeln, Berufsanforderungen und berufliche Kompetenzen in Einklang bringen zu können. 49,5% der Pflegenden, 61,5% der Befragten des ärztlichen Dienstes sowie 33,2% der Befragten der „Sonstigen Berufe" stimmen der Aussage zu, dass sie zukünftig mehr Verantwortung an ihrem Arbeitsplatz übernehmen werden müssen. Die wachsende Verantwortung wird aber nicht durch mehr Spielräume für Entscheidungen, die den eigenen Arbeitsplatz betreffen, begleitet: Lediglich 14,2 % der Pflegenden, 28,7 % der Ärzte sowie 13,5 % der „Sonstigen Berufe" gehen nach eigenen Angaben davon aus, zukünftig mehr Spielräume für Entscheidungen zu haben, die ihr unmittelbares Arbeitsumfeld betreffen.

Die Anforderungen an die Arbeit nehmen zu, gleichzeitig erfolgt jedoch aus Sicht der Beschäftigten keine arbeitgeberseitige Stärkung der professionellen Handlungskompetenz: Lediglich 21,0 % der Pflegenden gab an, dass der Bedarf an Fort- und Weiterbildung in ihrem Arbeitsumfeld regelmäßig erhoben wird und 34,3 % bestätigten, bei Bedarf auch die notwendige Fort- und Weiterbildung zu erhalten. Die flexible Planung der Fort- und Weiterbildung wird häufig durch den Arbeitsalltag konterkariert; vielfach fehlt es an personellen Ressourcen. Lediglich 28,5 % der Befragten bewertete die Aussage „*Ich kann meine Fort- und Weiterbildung flexibel planen*" mit „völlig zutreffend" bzw. „ziemlich zutreffend". Zudem scheint die Arbeitsgestaltung nicht darauf eingestellt zu sein, die Beschäftigten darin zu unterstützen, das Erlernte im Berufsalltag auch anzuwenden: Lediglich 17,7 % der Pflegenden bejahten diese Möglichkeit, demgegenüber bewerteten 43,3% der Befragten dies mit „nicht so zutreffend/unzutreffend".

14.3 Ausblick: Professionalisierung als reflexive Arbeitsgestaltung

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass eine *neue Arbeitsteilung* in bundesdeutschen Krankenhäusern längst gängige Praxis ist. Diese vollzielt sich primär als Abbau scheinbar redundanter Kapazitäten (Personal, Kompetenzen, Zeit) *in Kombination* mit Maßnahmen, die auf eine Umschichtung sowie Spezialisierung von Qualifikationen und Kompetenzen zielen. Das Reorganisationsgeschehen orientiert sich an einzelnen Prozessen und Verrichtungen; eine personenzentrierte Reorganisation von Aufgabenkomplexen, die Umsetzung ganzheitlicher Arbeitsvollzüge, die Partizipation an strategischen Entscheidungen sowie eine eigenverantwortliche Gestaltung der Arbeitsplätze durch die Beschäftigten selbst stehen eher selten im Fokus. Vorhandene Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsfachberufe, hier vor allem von Pflegenden, werden durch die Arbeitsgestaltung bereits heute nur unzureichend abgerufen. Neue Wege der Arbeitsgestaltung scheinen zudem vielfach experimentell-reaktiv beschritten zu werden – eine Entwicklung, die durch die skizzierten Trends beruflicher Bildung noch unterstützt wird.

Die Herausbildung einer spezifischen betrieblichen Arbeitsgestaltung kann als institutionalisierte soziale Praktik verstanden werden, die als Medium und Resultat kognitiver, normativer und politischer Aspekte wirksam wird. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen für den Krankenhaussektor die These, dass sich in den vergangenen Jahren eine betriebliche Arbeitsgestaltung etabliert hat, die für professionelles Handeln und eine weitere Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe ungünstige betriebliche Rahmenbedingungen geschaffen hat. Gleichzeitig entwickeln sich neue Berufe sowie spezialisierte Qualifikations- und Kompetenzprofile, die eine zunehmend kleinteiligere Problembearbeitung und Prozessgestaltung forcieren. Im Gegensatz zum derzeitigen Professionalisierungsdiskurs wird deutlich, dass auf betrieblicher Ebene in den vergangenen Jahren Handlungs- und Kooperationsroutinen institutionalisiert wurden, die interaktionsintensive Arbeitsaufgaben wie Patientenkommunikation und -begleitung oder Angehörigenbetreuung weiterhin strukturell ausblenden. Diese Aufgaben können vielfach nur durch ein hohes Engagement der Beschäftigten und durch Routinebrüche im Arbeitsprozess eingelöst werden. Diese Routinebrüche werden aber offensichtlich bislang organisatorisch-strukturell nicht verankert, sodass sie selten als stabile Muster im Arbeitsprozess wirksam werden. Es bleibt vielmehr bei einem permanenten, kräfteraubenden Improvisieren der Beschäftigten in Kerndimensionen personenzentrierter, interaktiver Gesundheitsarbeit.

Die Ergebnisse legen nahe, einen arbeitssoziologisch aufgeklärten Professionalisierungsdiskurs zu führen, der die betrieblichen Einsatz- und Anwendungsbedingungen der Gesundheitsfachberufe thematisiert. Die soziologische Strukturationstheorie liefert eine theoretisch wie analytisch inspirierende Perspektive auf das Zusammenspiel von Professionalisierung und betrieblicher Arbeitsgestaltung. Für andere Branchen konnte unter Rückgriff auf die Strukturationstheorie gezeigt werden, dass ein modernes Human-Ressource-Management das traditionelle Personalwesen, strategisches Human-Ressource-Management und reflexive Arbeitskräftewirtschaft miteinander verknüpft (vgl. Wirth, 2014, S. 302). Im Mittelpunkt der Konzeption der „Dualität der Struktur“ (Giddens, 1984, S. 29) steht der Anspruch, die Trennung zwischen Strukturen und dem konkreten Handeln von Akteuren zu überwinden. Soziale Praktiken, Routinen, stabile Regeln und wiederkehrendes Handeln werden in diesem Ansatz als Strukturen bzw. Institutionen konzipiert, die sowohl *Medium* als auch *Ergebnis* sozialen Handelns sind. Als Medium lassen sie bestimmte Handlungsmöglichkeiten zu oder schließen diese aus. Als Resultate sind sie von Bedeutung, weil sie nur reproduziert werden, *indem* sie als Medium sozialen Handelns in Anspruch genommen werden (vgl. Hasse/Krücken, 1999, S. 88). Handelnde Akteure werden in der Strukturationstheorie als „Agenten“ gefasst, die in der Lage sind, ihre Handlungen reflexiv zu kontrollieren und sich ihres Wissens für eine Re-Strukturation zu bedienen. Die Strukturationstheorie zielt als *Theorie des Wandels* auf die Frage, wie durch das wiederkehrende Handeln der Akteure Strukturen reproduziert und hervorgebracht werden, die ihrerseits wiederum soziales Handeln beeinflussen.

„Reflektierte Praktiker“ als Agenten reflexiver Arbeitsgestaltung

Die Gesundheitsfachberufe lassen sich mit ihren Qualifikationen und Kompetenzen auf betrieblicher Ebene als „Agenten“ fassen, die in ihrem Arbeitshandeln auf vorhandene Praktiken, Routinen und Regeln im Arbeitsprozess zurückgreifen und diese somit (re-)produzieren. Als „reflektierte Praktiker“ können sie durch ihr Arbeitshandeln dazu beitragen, neue Kooperationsroutinen und Arbeitsprozesse zu institutionalisieren und damit an einer Neuausrichtung der Arbeitsgestaltung „von innen“ mitwirken. Gesundheitsfachberufe als „reflektierte Praktiker“ können als Agenten zu einer reflexiven, zur Selbsttransformation fähigen Arbeitsgestaltung beitragen. Um diese Entwicklung zu unterstützen gilt es zukünftig mehr Aufmerksamkeit darauf zu legen …

- … dass die Entscheidung für (oder gegen) eine bestimmte betriebliche Arbeitsgestaltung immer auch eine Entscheidung für Spielräume professionellen Handelns ist, die im Wei-

teren die Einflussmöglichkeiten und Gestaltungsperspektiven der Gesundheitsfachberufe für die Weiterentwicklung der Arbeitsgestaltung entscheidend prägen.

- … dass eine Arbeitsgestaltung, die professionelles Handeln im Arbeitsprozess erschwert oder gar konterkariert, ihrerseits Handlungsroutinen (re-)produziert, die auch die zukünftige Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe auf betrieblicher Ebene aller Voraussicht nach erschweren wird.
- … dass die vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe bereits heute nur unzureichend in der Praxis abgerufen werden, sodass auch vorhandene Potenziale der Gesundheitsfachberufe zur Weiterentwicklung betrieblicher Arbeitsgestaltung vielfach unberücksichtigt bleiben.
- … dass Spielräume für Reorganisationsmaßnahmen geschaffen werden können, die durch neue Arrangements von Arbeit, Organisation und arbeitsunterstützenden Technikeinsatz die Patienten- und Mitarbeiterinteressen sowie die betriebswirtschaftlichen Ziele gleichermaßen berücksichtigen.

Bislang präsentiert sich das Zusammenspiel von Professionalisierung und betrieblicher Arbeitsgestaltung nicht selten als Wettlauf von Hase und Igel: Sie fordern sich gegenseitig zum Wettlauf heraus, wobei die Arbeitsgestaltung vielfach die Rahmenbedingungen für die Professionalisierungschancen setzt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Rahmenbedingungen sowohl ungünstig, als auch im Sinne institutionalisierter Handlungsroutinen verfestigt sind. Aus Sicht der Beschäftigten bieten sie nicht selten Konfliktpotenzial und im Bereich beruflicher Bildung berufsbiografische Unsicherheiten: Auf der einen Seite unzureichende Arbeitsbedingungen, die die vorhandenen Professionalisierungschancen nicht einlösen und auf der anderen Seite eine Dynamik bei neuen Bildungsabschlüssen, die im betrieblichen Kontext zum Teil keine Verwertung finden. Reflexive Arbeitsgestaltung als normativer und operativer Bezugspunkt des Professionalisierungsprozesses der Gesundheitsfachberufe zielt darauf, professionelles Handeln im Arbeitsprozess zu ermöglichen und die Beschäftigten mit ihren Qualifikationen und Kompetenzen in die Weiterentwicklung der Arbeitsstrukturen und -prozesse partizipativ einzubinden. Dies erfordert eine Neuorientierung in der Arbeitsgestaltung, die letztlich auch ihre betriebswirtschaftliche Orientierung dadurch erzielt, dass Aktivierung, Aufgabenorientierung, Personenzentrierung und eine reflexive Prozessgestaltung durch die Gesundheitsfachberufe im Arbeitsprozess möglich werden. Von den Gesundheitsfachberufen selbst erfordert dies zukünftig, ein stärkeres Bewusstsein für

die eigenen Handlungschancen zur Gestaltung des Wandels betrieblicher Arbeitsprozesse zu entwickeln. Zudem gilt es, den Austausch zwischen den Gesundheitsberufen über entsprechende Professionalisierungsschritte und -chancen zu intensivieren. Von den Einrichtungen wird in den nächsten Jahren zu fordern sein, das Reorganisationsgeschehen im Kernbereich der Patientenversorgung stärker als bislang an den Erfordernissen reflexiver Prozessgestaltung statt an zunehmend kleinteiligen Tätigkeits- und Aufgabenportfolios auszurichten.

Literatur

Abbott, A. (1988). *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press.

Aiken, L./Sermeus, W./ Heede, K. van den et al. (2012). *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. BMJ – British Medical Journal 2012; 344: e1717. http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/ (24.07.2014).

Bals, T./Dielmann, G. (2013). *Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems*. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 177–191.

Birken, T. (2012). *Professionalität in der interaktiven Arbeit*. In: Dunkel, W./Weihrich, M. (Hrsg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 323–337.

Blum, K./Borchers, U./Evans, M./ Löffert, S. (2012). *Innovationspanel 2010/2011: Klinikwirtschaft NRW*. Ergebnisse einer Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser zu ihren Modernisierungsthemen und -projekten im Jahr 2010/2011. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

Blum, K./Grohmann, J. (2009). *Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen*. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf.

Bögemann-Großheim, E. (2004). *Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland*. Pflege & Gesellschaft, 9 (3), S. 100–107.

Bölt, U./Graf, T. et al. (2012). *20 Jahre Krankenhausstatistik*. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, S. 112–138..

Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J. (2013). *Berufsbilder im Gesundheitssektor: vom „Berufebasteln" zur strategischen Berufsbildungspolitik*. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik.

Bräutigam, C. /Evans, M./Hilbert, J./Öz, F. (2014). *Arbeitsreport Krankenhaus: eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser.* Arbeit und Soziales: Arbeitspapier, Nr. 306. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R. et al. (2010). *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Bern: Hans Huber.

Cassier-Woidasky, A.-K. (2011). *Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht*. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, Argument Verlag, S. 163–184.

Dewe, B./Otto, H. U. (2012). *Reflexive Sozialpädagogik*. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 197–217.

Dielmann, G. (2013). *Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem*. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 148–176.

Dunkel, W./Weihrich, M. (Hrsg.). *Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen*. Wiesbaden: Springer VS, S. 323–337.

Elkeles, T. (1988). *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege*. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Sonderband 155, Hamburg: Argument Verl., S. 5–19.

Eylmann, C. (2014). *Der Pflege auf der Spur: Von Beruf zur Profession?* In: Kaufhold, M./Rosowski, E./Schürmann, M. (Hrsg.): Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung. Berlin: LIT, S. 55–83.

Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Cambridge.

Hasse, R./Krücken, G. (1999). *Neo-Institutionalismus*. Bielfeld: transcript Verlag.

Hensen, P. (2012). *Gesundheitsbezogene Masterstudiengänge an deutschen Hochschulen*. Forum Public Health, 20 (4), S. 27–28.

Hilbert, J./Bräutigam, C./Evans, M. (2014). *Berufsbildung im Gesundheitswesen: ein Sonderweg mit Fragezeichen*. WSI-Mitteilungen, 67 (1), S. 43–51.

Kühn, H. (2014). *Die Sorge um die Patienten: Grundlage der Personalarbeit im Krankenhaus.* In: Naegler, H. (Hrsg.): Personalmanagement im Krankenhaus. 3. erw. und akt. Auflage, Berlin: MWV medizinische Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 25–48.

McCormack, B./McCance, T. (2011). *Person-Centred Nursing*. Theory and Practice. Wiley Blackwell.

Nock, L./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. (2013). *Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege*. Arbeitspapier Nr. 296. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Rabe-Kleberg, U. (1993). *Sind wir (k)ein Beruf im Gesundheitswesen?* Teil II. Pflege aktuell, 47 (12), S. 731–732.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln*. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Schaeffer, D./Ewers, M. (2006). *Integrierte Versorgung nach deutschem Muster*. Pflege & Gesellschaft, 11 (3), S. 197–209.

Stemmer, R. (2011). *Zur Situation der Pflege im Krankenhaus*. Pflege & Gesellschaft, 16 (4), Seite 293–303.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten 2012, Bonn.

Wirth, C. (2014). *Strukturationstheoretische Einsichten in das Management von Humanressourcen in und zwischen Organisationen*. In: Sydow, J./Wirth, C. (Hrsg.): Organisation und Strukturation. Eine fallbasierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS, S. 251–318.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (23.08.2014).

15 Neue Versorgungs-und Qualifizierungsansätze im demografischen Wandel: Die künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen

ADINA DREIER; HAGEN ROGALSKI; SABINE HOMEYER;
ROMAN F. OPPERMANN; WOLFGANG HOFFMANN

Hintergrund des vorliegenden Beitrags ist der derzeit bestehende demografische Wandel, der zu einem ansteigenden medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung führt. In der Folge ist davon auszugehen, dass künftig keine Deckung der Versorgungsbedarfe der Bevölkerung sichergestellt werden kann. Daraus ergibt sich eine notwendige strukturelle Veränderung des Gesundheitswesens, die u. a. eine Aufgabenneuverteilung zwischen den Professionen im Gesundheitswesen erforderlich macht. Zunächst wird ein kurzer Überblick über den aktuellen Stand der Aufgabenneuverteilung im Sinne der Delegation und Substitution mit Fokus auf Medizin und Pflege gegeben. Zwei Lösungsansätze aus dem praxisnahen Forschungskontext werden detailliert erklärt. Dabei wird auch auf die Folgen für die pflegerische Berufsausbildung eingegangen. Das dritte Teilkapitel fokussiert auf notwendige Entwicklungen in der akademischen Pflegeausbildung und beschreibt dafür ein mögliches Ausbildungskonzept, das in Mecklenburg-Vorpommern entwickelt wurde. Abschließend erfolgt die Ableitung des notwendigen Forschungsbedarfs für die künftige Konkretisierung der Aufgabenneuverteilung von Medizin und Pflege. Der Beitrag soll dabei als Überblick und Diskussionsgrundlage dienen.

15.1 Hintergrund

Deutschland unterliegt derzeit einem tiefgreifenden demografischen Wandel. Die Bundesrepublik wies unmittelbar nach der Wiedervereinigung den geschichtlich stärksten Einschnitt in der Geburtenzahl auf (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). Gleichzeitig ist von einem Anstieg der Lebenserwartung auszugehen. So erhöhte sich für Frauen im Zeitraum von 1971 bis 2010 die Lebenserwartung um 5,3 Jahre (von 80,3 Jahre auf 85,6 Jahre). Für Männer war im gleichen Zeitraum ein Anstieg der Lebenserwartung um 5,2 Jahre (von 77,1 Jahre auf 82,3 Jahre) zu verzeichnen (vgl. RKI, 2012). Einen zusätzlichen Einflussfaktor der Alterung bildet die Wanderungsbewegung, welche regional sehr unterschiedlich verläuft. Von Abwanderung betroffene Bundesländer sind insbesondere Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. Bayern, Baden Württemberg und Nordrhein-Westfalen sind hingegen Wanderungsgewinner (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). Folglich gehen in den von Wanderungsverlust betroffenen Bundesländern

familiäre Unterstützungssysteme für die verbleibenden alten und hochaltrigen Menschen verloren. Strukturschwache Regionen Ostdeutschlands sind von diesem Effekt besonders betroffen. Dieser Effekt wird zusätzlich durch den Anstieg von Einpersonenhaushalten verstärkt. Deutschlandweit leben überwiegend Frauen im Alter von 65 Jahren und älter allein, was ursächlich auf die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Mann und Frau zurückführen ist. In 2009 belief sich der Anteil alleinlebender Frauen, die 65 Jahre und älter waren, auf 44,0 % (vgl. Statisches Bundesamt, 2012).

Die demografische Entwicklung führt für die alternde Bevölkerung zu einem erhöhten Risiko von altersassoziierten Erkrankungen. In diesem Zusammenhang sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen und Demenzen als die häufigsten Erkrankungen zu nennen. Darüber hinaus gehen Hintzpeter et al. davon aus, das die fortschreitende medizinische Entwicklung zu einem Anstieg der Prävalenzen chronischer Erkrankungen führt (vgl. Hintzpeter et al., 2011, S. 5–24).

In der Folge ist mit zunehmendem Alter von einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit auszugehen. So waren im Jahr 2011 deutschlandweit rund 2,5 Mio. Menschen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI) betroffen. Der überwiegende Anteil von 70 % (1,76 Mio.) wird dabei in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Im langfristigen Verlauf ist jedoch davon auszugehen, dass mehr Pflege durch professionell Tätige geleistet wird (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010; Statistisches Bundesamt, 2013). Diese Entwicklung ist u. a. auf das nicht Vorhandensein von Familienmitgliedern zur Pflegeübernahme zurückzuführen.

Mit ca. 1,6 Mio. Beschäftigen im Jahr 2011 stellt die pflegerische Profession die größte Berufsgruppe in der Gesundheitswirtschaft dar (vgl. SVR, 2014). Gleichzeitig beschreiben sowohl Isfort et al. als auch Simon für den Zeitraum von 1996 bis 2008 einen Stellenabbau für den klinischen Versorgungsbereich von rund 14,2 % (vgl. Isfort et al., 2010; Simon, 2012). Im Weiteren war für die Jahre 2000 bis 2008 ein Rückgang der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege um 10 % zu verzeichnen (vgl. Isfort et al., 2010). Aufgrund der hohen Arbeitsbelastungen, unattraktiven Arbeitsbedingungen und fehlenden Karriereperspektiven ist davon auszugehen, dass auch künftig die Zahl der Auszubildenden nicht signifikant steigen wird.

Für die Altenpflege zeigt sich ein anderes Bild. Im Zeitraum von 2007 bis 2012 hat sich die Zahl der Auszubildenden von 41.104 auf 55.966 erhöht (vgl. Zöller, 2014). Gleichzeitig stieg aufgrund der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach stationären und teilstationären Pflegeleistungen, die zu einer Erhöhung der Anzahl der Einrichtungen und Beschäftigen im Zeitraum von 2000 bis 2008 führte. Für den ambulanten und teilstationären Versorgungsbereich ist dabei

zu berücksichtigen, dass Teilzeitbeschäftigte den überwiegenden Anteil der Pflegepersonen ausmachen. Im Jahr 2011 beschreibt das Statistische Bundesamt für die ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen einen Anteil von 70,0 % (203.700), die in Teilzeit beschäftigt waren (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011; Rothgang et al., 2012).

In der Konsequenz ist davon auszugehen, dass unter derzeit prognostizierten demografischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen keine Deckung der Versorgungsbedarfe der Bevölkerung sichergestellt werden kann (vgl. Rogalski et al., 2012, S. 11–21). Aus diesem Grund ist es erforderlich, sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung zu reformieren. Neben der Neustrukturierung der Aufgabenfelder einzelner Berufsgruppen schließt dieser Prozess auch eine Neuverteilung von traditionellen Aufgabefeldern unter den Akteuren ein (vgl. Dreier et al., 2012, S. 656–662; Dreier/Hoffmann, 2013a, S. 23–30).

15.2 Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen am Beispiel der Medizin und der Pflege

Die künftige Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine Umverteilung von Tätigkeiten innerhalb einer Berufsgruppe und zwischen den Professionen. Bei der Tätigkeitsübertragung innerhalb einer Berufsgruppe erfolgt diese von einer höheren auf eine niedere Qualifikationsstufe. Die Tätigkeitsübertragung zwischen den Professionen kann entweder auf gleicher Qualifikationsstufe erfolgen oder eine zusätzliche Qualifikation niedrigerer Qualifikationsstufen zur Tätigkeitsübernahme erfordern.

Im Folgenden fokussiert die Beschreibung der künftigen Aufgabenneuverteilung auf die Tätigkeitsübertragung zwischen den Professionen am Beispiel der Medizin auf die Pflege.

15.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen propagiert in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 die Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Akteuren. Grundlage sind eine verstärkte Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die Vorgabe der zu verändernden Rollen der Akteure durch die regionalen Versorgungsgegebenheiten (vgl. SVR, 2007; Robert Bosch Stiftung, 2013).

Eine erste rechtliche Legitimation stellt die Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, Alten-oder Pflegeheimen oder in

anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Abs. 2b SGB V (Delegationsvereinbarung) aus dem Jahre 2009 dar. Diese beinhaltet die Voraussetzung der Delegation, die zu versorgenden Patientengruppen und die delegierbaren Tätigkeitsgruppen (vgl. Bundesmantelvertrag der Ärzte, 2009). Beispielhaft werden in diesem Zusammenhang folgende delegierbare Tätigkeiten genannt:

a) die Durchführung von Assessmentverfahren bei Demenzverdacht

b) das Anlegen von Langzeitblutdruckmessungen

c) die Dokumentation der Patientenbeobachtung

Im Weiteren regelt die Vereinbarung die Mindestqualifikationsanforderungen für die Übernahme der delegierbaren Tätigkeiten (vgl. Bundesmantelvertrag der Ärzte, 2009).

In 2012 erfolgte die Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nicht ärztliches Personal durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Ziel war es, einen Beitrag zu Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung besonders in strukturschwachen ländlichen und dünn besiedelten Regionen zu leisten. Ein Jahr später erfolgte die Revision der Delegationsvereinbarung aus dem Jahr 2009. Ein Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen für den ambulanten Versorgungsbereich mit der Nennung der typischen Mindestqualifikation ist integriert. Grundlage bildet § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (vgl. KBV/GKV Spitzenverband, 2013).

15.2.2 Modellprojekte im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Das AGnES-Projekt

Zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten existiert eine Reihe von Modellprojekten, die sich mit dieser Thematik beschäftigt. So erfolgten im Zeitraum von 2005 bis 2008 in Mecklenburg-Vorpommern und drei weiteren Bundesländern (Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt) die AGnES-Studien (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention). Das Modellprojekt fokussierte auf die Entlastung von Hausärzten (N = 53) in den von Unterversorgung bedrohten oder bereits unterversorgten Regionen durch speziell qualifizierte Fachkräfte (Pflegefachpersonen N = 32, Medizinische Fachangestellte N = 6). Dies wurde durch die Delegation ärztlicher Leistungen im Kontext von Hausbesuchen in der Häuslichkeit der Patienten erzielt (vgl. Berg et al., 2007, S. 118–134; Berg et al., 2009, S. 3–9; Berg et al., 2010, S. 285–292).

In den AGnES-Studien wurden insgesamt 1.486 Patienten in 11.228 Hausbesuchen versorgt (Stand: 08.07.2008). Die Patienten wiesen ein Durchschnittsalter von 78,6 Jahren auf und der

überwiegende Anteil der Patienten (94,2 %) war von Multimorbidität betroffen (durchschnittlich sechs Diagnosen pro Patient; Range: 1–27). Die häufigsten Diagnosen waren dabei: Hypertonie (66 %), Diabetes mellitus (43 %) und koronare Herzkrankheiten (24 %), Erkrankungen des Bewegungsapparats (22 %), Krebserkrankungen (14 %), Herzinsuffizienz (13 %) und Demenz (13 %) (vgl. Berg et al., 2009, S. 3–9).

Die AGnES-Fachkräfte übernahmen bei den Hausbesuchen u. a. folgende Aufgaben (vgl. Berg et al., 2009, S. 3–9; Dreier et al., 2008, S. 62–65; Rogalski et al., 2008, S. 70–73):

- Erkennen und Beurteilen des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten
- Durchführung von Assessments zum Gesundheitszustand des Patienten (z. B. geriatrisches Assessment)
- diagnostische- und therapeutische Leistungserbringung auf Delegationsbasis, z. B. Blutentnahmen, Verbände
- Monitoring der Patienten
- Förderung der Gesundheit von Patienten, z. B. Ernährungsberatung
- Schulung und Betreuung der Patienten und der Angehörigen
- Kommunikation mit weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten
- Einsatz und Koordination von Telemedizin und TeleCare

Für die qualitätsgesicherte Übernahme der delegativen ärztlichen Tätigkeiten erfolgte die Qualifizierung der AGnES-Fachkräfte durch das speziell im AGnES-Projektrahmen entwickeltes Curriculum (vgl. Abb. 15.1) (vgl. Rogalski, 2010, S. 50–138; Dreier et al., 2010, S. 635–644; Oppermann et. al., 2008, S. 1–80).

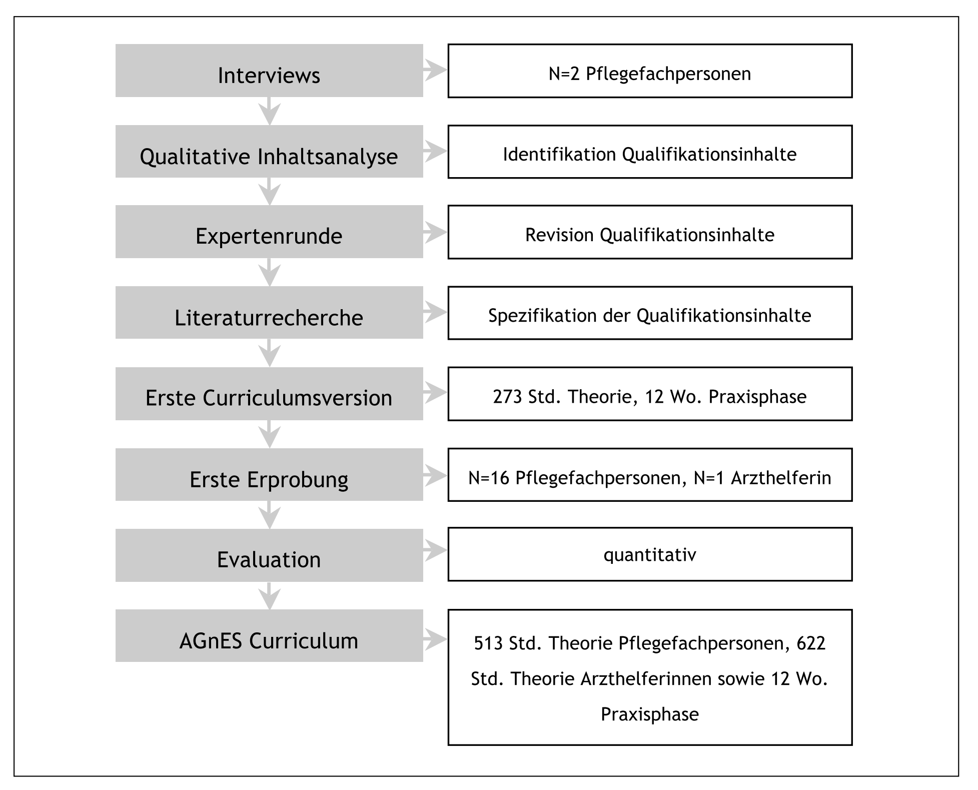


Abbildung 15.1: Entwicklung des AGnES-Curriculum

Zum Ende der AGnES Studien erfolgte eine Evaluation bei den teilnehmenden Ärzten, Fachkräften und Patienten. Die positiven Evaluationsergebnisse sowie die hohe Akzeptanz bei allen anderen Akteuren des AGnES Projekts führte zur Erweiterung des § 87 Abs. 2b SGB V. Demnach besteht die Möglichkeit, dass,

> „(...) ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden" (Berg et al., 2010, S. 288, 290).

Mit dem AGnES Konzept konnte erstmals deutschlandweit die Wirksamkeit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht ärztliches Personal nachgewiesen werden. Für die Pflege bedeutete dies eine Erweiterung des Aufgabenfeldes sowie eine Ausweitung des Verantwortungsbereiches. Mit der speziell dazu entwickelten Qualifikation konnte eine Kompetenzerweiterung der professionell

Pflegenden erzielt und damit die Voraussetzung für die autonome Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten geschaffen werden.

Aus Sicht der pflegerischen und ärztlichen Berufsverbände ist das Delegationskonzept grundsätzlich positiv bewertet worden. Von Seiten der Pflege werden Vorteile in der Ausweitung des Kompetenz- und Tätigkeitsfeldes sowie der damit verbundenen Attraktivitätssteigerung gesehen (vgl. DBfK, 2013, S. 9–13, 16, 23). Gleichzeitig geben Offermanns und Bergmann zu bedenken, dass mit der Übernahme von berufsgruppenfremder Tätigkeit eine Steigerung der Arbeitsbelastung für die Pflege einhergeht (vgl. Offermanns/Bergmann, 2013, S. 189–192). Folglich stellt die Übertragung von pflegerischen Aufgaben des Fachpersonals auf Pflegeassistenzberufe eine unabdingbare Voraussetzung für die nachhaltige Implementierung des Delegationsansatzes dar.

Aus ärztlicher Sicht wird das AGnES Konzept grundsätzlich positiv bewertet, da es zur Entlastung des Hausarztes beiträgt. Jedoch mahnen die Ärzte an, auch die Berufsgruppe der Arzthelferinnen bzw. Medizinischen Fachangestellten verstärkt in das Konzept der Delegation ärztlicher Tätigkeiten einzubeziehen (vgl. Protschka, 2014, S. 818–819).

Die DelpHi-MV-Studie

Ein weiteres Modellprojekt im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen stellt die DelpHi-MV-Studie (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) mit dem Dementia Care Management Konzept (DCM) dar (vgl. Thyrian et al., 2012, S. 1–11; Thyrian et al., 2011, S. A 1954–6). Das DCM-Konzept ist speziell für das Krankheitsbild Demenz und die ambulante Versorgung konzipiert. Im Unterschied zu den AGnES-Studien erfolgt im Rahmen des DCM sowohl eine bedarfsgerechte Betreuung der Menschen mit Demenz (MmD) als auch die individuelle Beratung, Unterstützung und Entlastung der (pflegenden) Angehörigen.

Beispielhafte Tätigkeiten der Dementia Care Manager sind:

- Analyse der medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation der MmD und ggf. Identifikation bestehender Versorgungsdefizite
- Durchführung von Assessments beim MmD und den Angehörigen (z. B. Gesundheitszustand, psychiatrische Auffälligkeiten, pflegerische Probleme, Angehörigenbelastung)
- Erstellung von Interventionsmaßnahmen für den MmD auf Basis des Assessments und mit Unterstützung des DelpHi-Interventionsmanagementsystems

- Erstellung von Unterstützungs- und Entlastungmaßnahmen für die (pflegenden) Angehörigen auf Basis des Assessments und mit Unterstützung des DelpHi-Interventionsmanagementsystems (IMS)
- Erstellung eines Hausarztbriefs mit Interventionsmaßnahmen
- Durchführung von Hausbesuchen
- Umsetzung der Interventionsmaßnahmen in Delegation des Hausarztes
- Monitoring der Interventionsmaßnahmen
- interdisziplinäre Fallkonferenzen

Die Pflegefachpersonen übernehmen als Dementia Care Manager u. a. eine Koordinierungsfunktion und damit eine Schlüsselfunktion im subsidiären Versorgungsmodell (vgl. Dreier et al., 2011, S. 53–64). Die DCM arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen, der bislang aufgrund der rechtlichen Bedingungen die Hauptverantwortung über den gesamten Behandlungsprozess trägt. Dies bedeutet, dass der Hausarzt die Auswahl der Initialdiagnostik zur Demenzerkrankung einschließlich der Empfehlung zur Differentialdiagnostik veranlasst. In Kooperation mit den DCM und auf Basis der Besuchsergebnisse beim MmD und seinem pflegenden Umfeld erfolgt darüber hinaus die Wahl der Behandlungsmethoden und die Entscheidung über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Leistungen und Unterstützungsmaßnahmen im sozialen Bereich (vgl. Thyrian et al., 2012, S. 1–11; Thyrian et al., 2011, S.A 1954–6; Dreier et al., 2010, S. 53–64).

Für die Übernahme der DCM-Tätigkeiten ist eine spezifische Weiterqualifikation auf Seiten der Pflegefachperson basierend auf der Primärqualifikation Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege erforderlich. Daher erfolgte im Rahmen der DelpHi-MV Studie die Entwicklung einer gleichnamigen Qualifikation. Das DCM-Curriculum ist modular aufgebaut und wurde erstmals im Zeitraum von Januar 2012 bis Juni 2013 erprobt (vgl. Dreier/Hoffmann, 2013b, S. 1398–1409).

Nach der Evaluation umfasst die DCM Qualifizierung insgesamt sieben Module:

- (I) Grundlagen der Versorgung von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Umfeldes
- (II) Medizinische Aspekte der Demenz
- (III) Pflege bei Demenz
- (IV) Kommunikation, Beratung und Gesprächsführung

- (V) Netzwerkbezogene Versorgung von Menschen mit Demenz
- (VI) EDV
- (VII) Praktikum

Diese Module untergliedern sich in weitere Untermodule, sodass die theoretische Qualifizierung insgesamt 872 Stunden umfasst und auf die praktische Qualifikation 320 Stunden entfallen.

Mit dem DCM-Konzept konnte für die pflegerische Profession eine Aufgabenfelderweiterung in der ambulanten Versorgung demenziell Erkrankter sowie der Unterstützung von (pflegenden) Angehörigen erzielt werden. Mit dem netzwerkbasierten Versorgungskonzept wird der Forderung der Wissenschaftsrats sowie Bals und Dielmann nachgekommen, die Kooperation zwischen den Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung zu verstärken (vgl. WR, 2012, S. 8–10, 34–55; Bals/Dielmann, 2013, S. 177–191). Für die Umsetzung der kooperativen Zusammenarbeit in der Praxis werden die Pflegefachpersonen speziell qualifiziert. Die somit erworbenen Kompetenzen haben die Verbesserung der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung zum Ziel (vgl. Thyrian et al., 2012).

15.3 Künftige Weiterentwicklung der Aufgabenneuverteilung und deren Folgen für die pflegerische Ausbildung

Die beiden beschriebenen Modellprojekte zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen zeigen das erhebliche Potenzial für eine verstärkte Kooperation und Aufgabenneuverteilung der Professionen im Gesundheitswesen. Gleichzeitig wird das Erfordernis der Entwicklung von innovativen Konzepten sowohl auf der Versorgungs- als auch auf der Qualifikationsebene evident. Mit den AGnES-Projekten und der DelpHi-MV-Studie wurde dieser Erfordernis Rechnung getragen. Diese gilt es künftig angesichts der Herausforderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung weiterzuentwickeln.

15.3.1 Das Drei-Level-Modell – Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Im Kontext der deutschlandweiten Implementation der Delegation zeigte sich, dass kontextabhängig auch eingeschränkte Tätigkeitsspektren des nicht ärztlichen Personals benötigt werden: Folglich benötigen nicht alle Gesundheitsberufe, die delegative Tätigkeiten übernehmen, die gesamte AGnES-Qualifizierung. Daher wird von den Autoren eine Flexibilisierung der Zielquali-

fikation vorgeschlagen. Ein möglicher Ansatz stellt die abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nicht ärztliche Berufsgruppen (Das Drei-Stufen-Modell) mit einem entsprechenden Qualifikationskonzept dar (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 555–561).

Insgesamt werden drei Stufen der delegativen Übernahme von medizinischen Tätigkeiten mit einer entsprechenden Qualifikation unterschieden. Das Drei-Stufen-Konzept zielt zunächst primär auf folgende Berufsgruppen ab: Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Medizinische Fachangestellte (ehemals Arzthelferinnen) (vgl. Abb. 15.2).

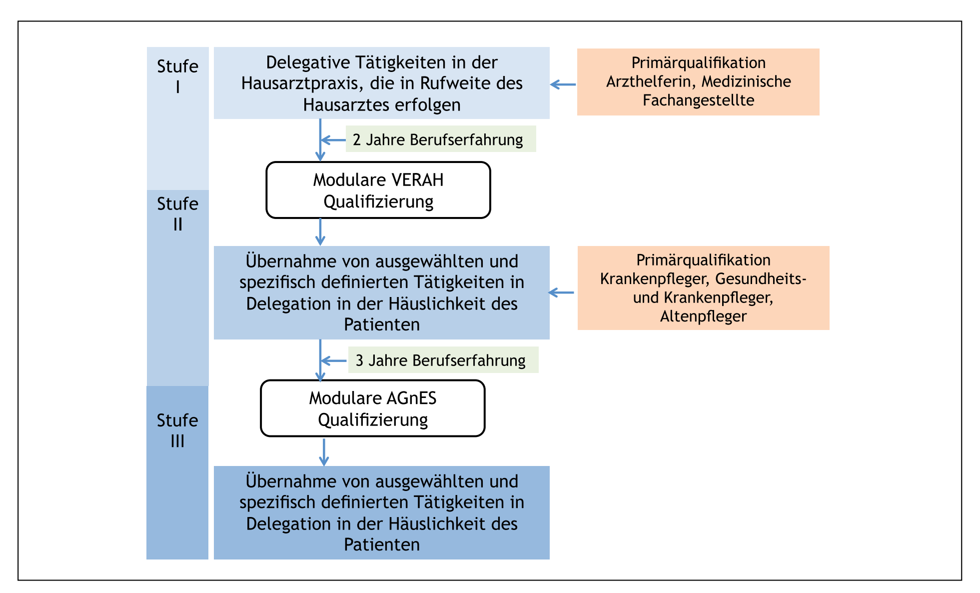


Abbildung 15.2: Drei-Stufen-Modell: Delegation medizinscher Leistungen an nicht ärztliche Gesundheitsberufe

Die erste Stufe qualifiziert die drei genannten Zielgruppen für die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, die in Rufweite des Arztes und damit in der Arztpraxis ausgeführt werden sollen (z. B. Gewichtsmessung). Die Übernahme von spezifisch definierten Tätigkeiten in Delegation in der Häuslichkeit der Patienten stellt die zweite Stufe des Delegationskonzeptes dar. Die zweite Stufe beinhaltet u.a. folgenden Tätigkeiten: Blutdruckmessung, Pulsmessung und die Anlage eines Verbands. Diese Aufgaben werden ärztlich angeordnet und anschließend in eigener Verantwortung vom nicht ärztlichen Personal im Sinne der Delegation umgesetzt. In der dritten Stufe erfolgt die Übernahme von definierten medizinischen Tätigkeiten, die im häuslichen Umfeld in Delegation und kontextabhängig mit einem erhöhten Maß an Eigenständigkeit durchgeführt werden.

Beispielhaft sind (a) das umfassende Assessment zum Gesundheitszustand des Patienten in der Häuslichkeit, (b) das Medikamentenreview oder (c) die Anregung und/oder Initiierung weiterer Versorgungsschritte in enger Absprache mit dem behandelnden Arzt zu nennen (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 555–561).

Zugangsvoraussetzung zur ersten Stufe ist eine abgeschlossene Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten (ehemals Arzthelferin). Nach einer zweijährigen praktischen Tätigkeit in der Hausarztpraxis ist die Qualifikationsvoraussetzung für die VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) erfüllt. Medizinische Fachangestellte, die eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren vorweisen, können unverzüglich an der VERAH-Qualifizierung teilnehmen. Der erfolgreiche Abschluss befähigt die Absolventen zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten in Delegation in der Stufe II. Nach einer weiteren praktischen Tätigkeit der VERAH-Absolventen im Umfang von drei Jahren, erlangen sie die Zugangsberechtigung für die AGnES-Qualifizierung, die die Teilnehmenden für Tätigkeiten in der Stufe III „Übernahme definierter ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Delegation und kontextabhängig mit einem erhöhten Maß an Eigenständigkeit" qualifiziert. Pflegefachpersonen können unmittelbar an der AGnES-Qualifizierung teilnehmen, sofern sie neben einer abgeschlossenen dreijährigen Berufsausbildung in der Pflege, eine mindestens dreijährige einschlägige praktische Tätigkeit vorweisen (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 555–561).

Mit dem Drei-Stufen-Modell wird dem nicht ärztlichen Personal im Rahmen der delegativen Übernahme medizinischer Tätigkeiten die Möglichkeit gegeben, sich flexibel berufsbegleitend zu qualifizieren. Daneben kann sich der Arzt das benötigte Qualifikationsspektrum seines Praxisteams für die individuellen Bedarfe im jeweiligen Versorgungsspektrum aufbauen (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 555–561).

15.3.2 Übertragung ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Substitution

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die künftige Zunahme der medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung mit einer Steigerung der Komplexität der Versorgung einhergeht. In der Folge ergeben sich mit Blick auf die künftige Aufgabenneuverteilung zwischen den Professionen insbesondere für die Pflege neue, spezialisierte Tätigkeitsbereiche, die über die Delegation hinausgehen (vgl. WR, 2012; Bals/Dielmann, 2013, S. 177–191).

Mit § 63 Abs. 3c SGB V besteht erstmals die rechtliche Legitimation für die Durchführung von Modellprojekten zur selbstständigen Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf nicht ärzt-

liches Personal im Sinne der Substitution. Dabei werden ausschließlich Angehörige der Kranken- und Altenpflege einbezogen. Eine entsprechende Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss ist 2012 in Kraft getreten. Die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten ist unter der Voraussetzung einer entsprechenden Qualifikation auf fünf Indikationen beschränkt: Diabetes mellitus Typ I, chronische Wunden, Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Demenz. Im Rahmen von Modellprojekten soll nun eine wissenschaftliche Erprobung des Substitutionsansatzes erfolgen, die ebenfalls die Entwicklung spezifischer Qualifikationen für die fünf Krankheitsbilder beinhaltet. Im Falle einer positiven Evaluation ist die Übernahme der Substitution ärztlicher Tätigkeiten für die fünf Indikationen in die Regelversorgung vorgesehen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012).

Die Akzeptanz des Substitutionsansatzes aus Sicht der Medizin hat sich im Zeitverlauf von 2011 bis heute gewandelt. Anfänglich zeichnete sich diese durch eine vollkommene Ablehnung aus (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011). Im Jahr 2013 konstatierte Fricke, dass die Aufgabenneuverteilung im Sinne der Substitution für spezifische Tätigkeiten denkbar ist. Beispielhaft werden hier die selbstständige Versorgung von Wunden oder das Legen von Kathetern genannt (vgl. Fricke, 2013). Gassen und Montgomery beschreiben in 2014, dass der Subsitutionsansatz ein praktikabler Versorgungsansatz ist. Gleichzeitig geben sie jedoch zu bedenken, dass in einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung, die Umsetzung problematisch ist. Sie beziehen sich dabei auf die Patientensicherheit und das Argument, dass es nicht erklärbar sei, dass in ländlichen strukturarmen Regionen Patienten durch sogenannte Nicht-Ärzte versorgt werden, während die Versorgung in Städten durch Ärzte erfolge (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2014, S. A1343–1348).

15.3.3 Die pflegerische Ausbildung – zwischen Berufsbildung und Akademisierung

Die Reformierung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen erfordert ebenfalls eine Veränderung der derzeitigen pflegerischen Ausbildungsstrukturen. So wird gegenwärtig das generalistische Ausbildungsmodell gegenüber der klassischen Pflegeausbildung (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) diskutiert. Befürworter der generalistischen Ausbildung postulieren, dass in der Versorgung Generalisten und Spezialisten notwendig seien.

Im Weiteren geht der Wissenschaftsrat künftig von einem steigenden Bedarf der interprofessionellen Zusammenarbeit aus, der eine Akademisierung von Pflegefachpersonen erfordert. Hier-

bei sind vor allem diejenigen Pflegefachpersonen akademisch auszubilden, die komplexe Aufgaben ausführen. Dies betrifft nach Ansicht des Wissenschaftsrats ca. 10 bis 20 % aller professionell Pflegenden. In diesem Zusammenhang plädiert der Rat für ein integratives Ausbildungsmodell, das kooperativ zwischen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt umzusetzen ist (vgl. WR, 2012).

Dennoch ist künftig davon auszugehen, dass die pflegerische Ausbildung sowohl an Schulen des Gesundheitswesens als auch an Hochschulen erfolgt. Lehmann et al. erläutern hierzu, dass mit diesen Ausbildungsstrukturen eine Anschlussfähigkeit innerhalb Europas erzielt werden könne. So sei beispielsweise eine Vergleichbarkeit mit Großbritannien, Frankreich und Österreich gegeben. Auch hier existieren nicht nur Ausbildungen im beruflichen Bildungsbereich, sondern auch Angebote im akademischen Kontext. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass in England im Studienjahr 2009/2010 und in Frankreich im Studienjahr 2012/2013 die berufsbildenden Ausbildungsgänge vollständig durch Studiengänge ersetzt wurden (vgl. Lehmann et al., 2014).

Für die Praxis bedeutet dies, dass es eine Veränderung im Qualifikationsmix geben wird. Sahmel (2014) beschreibt in diesem Zusammenhang für Österreich die Umsetzung der Bildungssystematik für Pflegeberufe nach dem Vorbild des International Council of Nursing (ICN), die sich wie folgt zusammensetzt:

- 1. Nursing Support Worker
- 2. Licensed Practical Nurse
- 3. Registered Nurse
- 4. Nurse Specialist
- 5. Advanced Nurse Practitioner

Eine Übertragung auf Deutschland wäre aus Sicht der Autoren unter den derzeitigen Rahmenbedingungen wie folgt denkbar:

- 1. Nursing Support Worker (angelernte Hilfskräfte)
- 2. Licensed Practical Nurse (Assistenzpersonal mit Ausbildung)
- 3. Registered Nurse (dreijährige Berufsausbildung)
- 4. Nurse Specialist (dreijährige Berufsausbildung mit Weiterqualifikation oder Bachelor)
- 5. Advanced Nurse Practitioner (Master und/oder Doktor)

15.4 Weiterentwicklungsansätze der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe am Beispiel der Pflege

Deutschlandweit fokussieren die bislang bestehenden akademischen Ausbildungsangebote im Bereich der Pflege auf drei Ausrichtungen: (a) Management, (b) Pädagogik und (c) Wissenschaft (vgl. Kälble, 2009, S. 16). Die künftigen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung und die beschriebenen Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen erfordern eine adäquate Qualifizierung der Absolventen für eine unmittelbare Tätigkeit am Patienten. Mit der Entwicklung von dualen Pflegestudiengängen erfolgte ein erster Schritt in diese Richtung.

15.4.1 Duale Studiengänge als Ausgangspunkt

Das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz aus dem Jahr 2003 und die sich daran anschließende Novellierung des Krankenpflegegesetzes in 2004 ermöglichte mit einer darin enthaltenen Modellklausel die Weiterentwicklung der Ausbildung für die examinierten Berufe in der Pflege. Auf dieser Basis erfolgte ab dem Jahr 2004 die Entwicklung akademischer Ausbildungsstrukturen mit dualen Studiengängen, die neben einem Bachelorabschluss unter landesspezifischen Rahmenbedingungen auch zu einer Berufszulassung führen können. Das Kernelement dualer Studiengangskonzeptionen stellt die Anwendungsorientierung der akademischen Studieninhalte dar, die über Berufspraktika in realisiert wird (vgl. Rump/Völker, 2007, S. 114–115). Dazu werden die theoretischen und praktischen Lernorte eng miteinander abgestimmt (vgl. Friesacher, 2013, S. 314–324; Ewers, 2010; Becker, 2006).

Ziel der dualen Studiengänge ist es, die Pflegefachpersonen adäquat auf die künftigen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung vorzubereiten (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000).

Derzeit existieren deutschlandweit 39 duale Studienangebote (Stand: Oktober 2013). Ein weiterer Studiengang befindet sich im Aufbau. Die mit den dualen Studiengangsangeboten kombinierten Berufsabschlüsse sind heterogen. Der überwiegende Anteil der Hochschulen bietet die Möglichkeit der Qualifizierung im Feld der Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege sowie Kindergesundheits- und Krankenpflege. Daneben existieren weitere Studienangebote mit einem Berufsabschluss in der Entbindungspflege.

Die Dauer der dualen Pflegestudiengänge variiert in Abhängigkeit von der Studiengangskonzeption. Diese resultiert aus Vollzeit-/Teilzeitmodellen, aus der Beteiligung von beruflichen Schulen im Sinne der Integration bzw. der Verzahnung der Studiengänge ohne eine Berufszulassung. Derzeit bestehen duale Studiengangskonzepte, die acht bis elf Semester umfassen.

Da bislang nur wenige Studienangebote zum Erwerb eines Berufs- und Studienabschlusses in der Pflege an Universitäten vorzufinden sind, spielen die Hochschulen mit ihren Erfahrungen in dualen Ausbildungsstrukturen eine entscheidende Rolle für die künftig neu zu gestaltende Ausbildungsstruktur (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Darüber hinaus empfiehlt der Sachverständigenrat künftig eine verstärkte Einbindung der Universitäten in die akademische pflegerische Ausbildung. Primäres Ziel ist es, innovative Ausbildungsstrukturen für das sich erweiternde Tätigkeitsfeld der Pflege zu entwickeln (vgl. SVR, 2007).

15.4.2 Kooperative akademische Ausbildungskonzepte

Die zu entwickelnden kooperativen Studiengänge sind auf die zukünftige Versorgungssituation auszurichten. Dabei sollten die Qualifikationsinhalte primär auf den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten abzielen, die eine Patientenorientierung sicherstellen. In diesem Kontext postuliert der Wissenschaftsrat Bachelorausbildungsstrukturen, die zur unmittelbaren Pflegetätigkeit am Patienten befähigen (vgl. WR, 2012). Während die Bachelorstudiengänge primärqualifizierend und generalistisch ausgerichtet sein sollen, stellen konsekutive Masterstudiengänge eine Spezialisierung für ein Arbeitsfeld in der Pflege dar (vgl. Rogalski et al., 2012, S. 11–21; Dreier et al., 2012, S. 656–662).

Bei der Entwicklung der Studiengänge ist darauf zu achten, dass für die Angehörigen der pflegerischen Berufsgruppe eine vertikale Durchlässigkeit gewährleistet ist. Mit Blick auf das lebenslange Lernen sind einzelne Qualifikationsstufen (z. B. grundständige Berufsausbildung, berufliche Weiterqualifikation, Fachweiterbildung) untereinander anzuerkennen. Entsprechende Anerkennungsverfahren gilt es zu entwickeln, um berufsgebildeten Pflegefachpersonen ohne formale Hochschulzugangsberechtigung eine akademische Pflegeausbildung zu ermöglichen. Auf diese Weise könnte die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht werden und zu einem Anstieg der Bewerberzahlen führen.

Für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern soll hier exemplarisch ein angestrebtes kooperatives akademisches Ausbildungsmodell zwischen der Universitätsmedizin Greifswald und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg vorgestellt werden (vgl. Abb. 15.3). Die rechtliche Grundlage des Ausbildungsmodells bilden § 4 Abs. 6,7 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und § 4 Abs. 6,7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG).

Aus der Kooperation zwischen der Universitätsmedizin und der akademischen Pflegebildung an der Hochschule kann ein gesteigertes Qualifikationsniveau für die Absolventen resultieren.

Zudem stellt das kooperative akademische Ausbildungsmodell die Grundlage dar, um eine Annäherung der historisch getrennten Ausbildungswege der beiden Professionen Pflege und Medizin zu erzielen. Als Zugangsvoraussetzung für das kooperative akademische Ausbildungskonzept gelten das Abitur bzw. die Fachhochschulreife. Auch Pflegepersonen mit einer mindestens zweijährigen Berufsausbildung und einer dreijährigen Berufserfahrung sowie einer zusätzlichen fachgebundenen Hochschulzugangsprüfung können das Studienangebot wahrnehmen. Die Zugangsvoraussetzungen ermöglichen folgenden Personen einen Zugang zum akademischen Pflegeausbildungsmodell:

- Abiturienten als Berufseinsteiger
- Bewerber mit Fachhochschulzugangsberechtigung
- Berufsqualifizierte mit Abitur
- Berufsqualifizierte mit Fachabitur
- beruflich Qualifizierte in der Pflege (mindestens zweijährige Berufsausbildung und dreijährige Berufserfahrung)

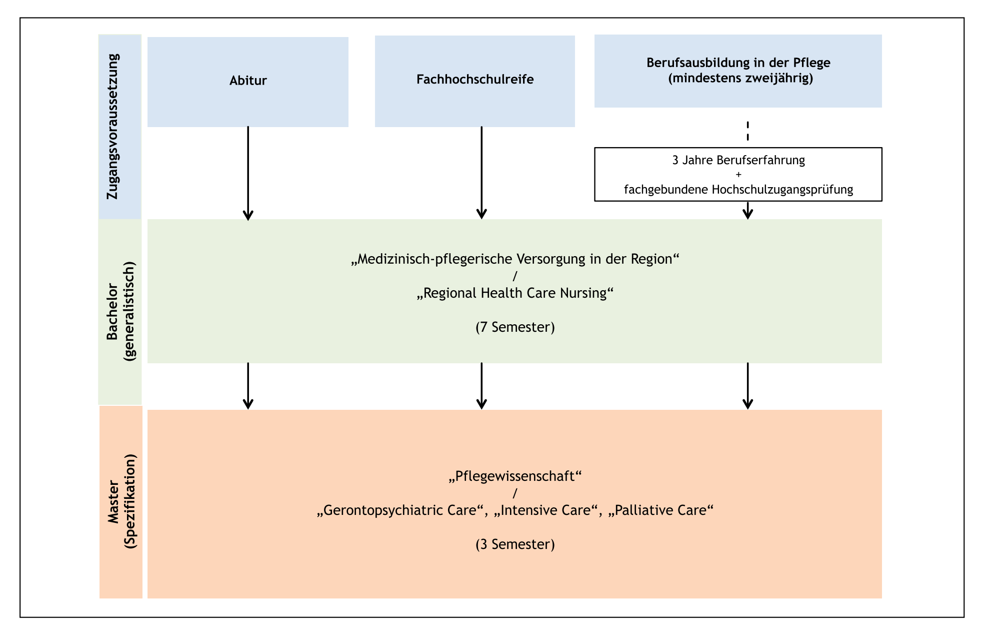


Abbildung 15.3: Kooperatives akademisches Pflegebildungsmodell

Das kooperative Studiengangkonzept beinhaltet einen primärqualifizierenden generalistischen Bachelorstudiengang und einen konsekutiven Masterstudiengang.

Im Bachelorstudiengang erfolgt die grundständige theoretische und praktische Qualifikation zur Pflege des Menschen über alle Altersgruppen. Mit Blick auf die regionalen pflegerischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern werden die Studierenden durch eine inhaltliche Schwerpunktsetzung auf die künftigen Anforderungen adäquat qualifiziert. Exemplarisch seien folgende Schwerpunkte genannt: (1) Versorgungsepidemiologie und deren Folgen für die Versorgung, (2) pflegerische Versorgung von multimorbiden Patienten und (3) die Unterstützung des pflegenden Umfelds. Das Bachelorstudium umfasst insgesamt einen Workload von 210 Credits und dauert sieben Semester. Der konsekutive Masterstudiengang stellt eine Spezialisierung dar. Dabei soll einerseits durch eine Schwerpunktsetzung auf die Pflegewissenschaft ein Beitrag zu Sicherung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses geleistet werden. Andererseits wird eine spezifische Weiterqualifikation in folgenden Feldern ermöglicht: „Gerontopsychiatric Care, „Intensive Care“ und „Palliative Care“. Die Absolventen werden in diesem Rahmen für eine Tätigkeit in einem der drei genannten pflegerischen Versorgungsfelder qualifiziert. Das Masterstudium hat einen Workload von 90 Credits und dauert drei Semester. Die Umsetzung erfolgt zunächst als Modell und wird in diesem Zusammenhang erprobt und begleitend evaluiert. Ziel ist, ein an den Praxisbedarfen ausgerichtetes Ausbildungskonzept für Mecklenburg-Vorpommern zu entwickeln. Perspektivisch ist eine Ausweitung möglich, die sich an den realen Versorgungsbedarfen ausrichten sollte.

Die Zulassung von Pflegepersonen erfolgt vor dem Hintergrund, Pflegende mit einer umfassenden Berufserfahrung zu gewinnen. Dadurch ergeben sich neue Karrierewege für im Beruf stehende Pflegepersonen. Der Pflegeberuf wird damit attraktiver. Gleichzeitig kann durch ein solches Ausbildungsangebot ein möglicher Weg aus der sogenannten Sackgasse erzielt werden und im positiven Fall zu einem längeren Verbleib der Pflegenden im Beruf führen. Dazu ist es erforderlich, entsprechende Stellenprofile für die Absolventen des Studiengangmodells zu entwickeln und eine angemessene Entlohnung sicherzustellen. Für eine zeitnahe Akzeptanz und Integration der Absolventen in den Arbeitsmarkt ist eine frühzeitige Einbindung der Arbeitgeber und Berufspolitiker in den Entwicklungs- und Erprobungsprozess des Studiengangmodells erforderlich.

15.4.3 Gemeinsames Lernen als Kernelement der kooperativen akademischen Pflegeausbildung

Für eine künftig verstärkte Zusammenarbeit zwischen der Medizin und Pflege ist die Vermittlung von entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten vonnöten. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen bereits während der Ausbildung gelehrt und geübt werden (vgl. Rogalski et al., 2012, S. 11–21; Dreier et al., 2012, S. 656–662). Dazu sind entsprechende gemeinsame Lehrangebote für sich überschneidende Themen von Pflege und Medizin zu entwickeln, um einen vergleichbaren Wissensstand zu erzielen. Die akademischen Ausbildungsgänge von Pflege und Medizin sollten dazu künftig stärker miteinander verzahnt werden. Ziel ist es, Kompetenzen für das interprofessionelle Handeln im praktischen Arbeitsfeld zu vermitteln. Dies kann durch das gemeinsame Lernen beider Professionen im Rahmen von theoretischen Lehreinheiten (z. B. Kleingruppenarbeiten) und praktischen Anwendungsübungen (z. B. Skills Labs) erfolgen (vgl. WR, 2012). Einen positiven Effekt könnte die Überwindung der unterschiedlichen akademischen Kulturen beider Professionen bewirken. Dafür bedarf es ein wechselseitiges Verständnis, das bereits während der Ausbildung erlernt werden muss. Auf diese Weise könnte eine verbesserte Zusammenarbeit im Versorgungsalltag realisiert werden.

15.5 Weiterer Forschungsbedarf im Rahmen der Aufgabenneuverteilung

Angesichts der beschriebenen demografischen Entwicklung und deren Folgen für die Versorgung der Bevölkerung ist von einem Anstieg der komplexen Behandlungsfälle auszugehen. Dies ist vornehmlich auf die wachsende Multimorbidität der alten und hochaltrigen Menschen zurückzuführen. Die Definition des komplexen Behandlungsfalls steht dabei bislang aus. Diese sollte künftig im Forschungskontext im Rahmen der Versorgungsforschung entwickelt werden. Zum heutigen Zeitpunkt lässt sich bereits feststellen, dass aufgrund der Vielzahl der chronisch mehrfach Erkrankten zeit- und kostenintensivere Versorgungsbedarfe resultieren. Folglich ist von einer Zunahme der Arbeitsintensität und -komplexität am Patientenbett auszugehen. Wichtig ist daher eine adäquate Vorbereitung der zukünftigen berufsgebildeten und akademisch gebildeten Pflegefachpersonen. Nur so können diese die komplexen Herausforderungen meistern.

Zudem muss der Aspekt des bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege bei der Neustrukturierung der Aufgaben zwischen den Akteuren Berücksichtigung finden. Der Sachverständi-

genrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem aktuellen Gutachten u. a. die:

1) Entwicklung von regional differenzierten und innovativen Konzepten zur Arbeitsteilung zwischen den Professionen
2) Entlastung der ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufe von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten durch Verwaltungsfachkräfte und durch die Nutzung von Informationssystemen

Maßnahmen gegen den Pflegefachkräftemangel sind aus Sicht des Rats (vgl. SVR, 2014):

- Reform der Ausbildung
- Ausweitung der Ausbildungskapazitäten
- Ausbau der Professionalisierung und Akademisierung (Aufbau von grundständigen, primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierten Bachelorstudiengängen und konsekutiven Masterstudiengängen)
- Weiterqualifizierung der Pflege
- Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs
- Statusaufwertung der pflegerischen Profession
- Karrieremöglichkeiten
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung
- wissenschaftliche Nachwuchsförderung

Mit Blick auf die Schaffung neuer pflegerischer Ausbildungsstrukturen bedarf es im ersten Schritt der Beschreibung des Aufgabenfelds der Pflege. Gleichzeitig muss eine Abgrenzung der Aufgabenfelder zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen innerhalb der pflegerischen Profession erfolgen. Für die künftig akademisch auszubildenden Pflegefachpersonen schließt die Beschreibung des Aufgabenfelds auch die Spezifikationsmöglichkeiten mit ein. Als Vorbild können bereits im Ausland existierende akademische Qualifizierungsmodelle dienen. In diesem Zusammenhang sei beispielhaft auf die Advanced-Nursing-Practice-Konzepte (ANP-Konzepte) verwiesen. Darin werden die Absolventen u. a. mit dem Ziel qualifiziert, als Nurse Practitioner die Erstkontaktperson für den Patienten in der ambulanten Versorgung zu übernehmen. Ein weiteres primäres Aufgabenfeld stellt die Organisation und Steuerung der Versorgung dar (vgl. Deutscher Bildungsrat

für Pflegeberufe, 2007; Sachs, 2007 S. 101,117). Die bestehenden ANP-Konzepte sind jedoch nicht ohne Weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar und müssen entsprechend angepasst werden.

Der Prozess der Aufgabenneuverteilung zwischen Medizin und Pflege steht in Deutschland noch immer am Beginn. So wurde im Rahmen des AGnES-Delegationskonzepts eine gesetzliche Novellierung für die Legitimation zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten geschaffen. Mit den Nachfolgerkonzepten VERAH, Mopra, Moni, etc. erfolgte die modellhafte Ausweitung des Delegationsansatzes.

Die Konzeption, Erprobung und wissenschaftliche Evaluation der Aufgabenneuverteilung im Sinne der Substitution verläuft nach Ansicht des Sachverständigenrats bislang nur schwerfällig. Hintergrund sind die schwierigen Umsetzungsmodalitäten. Die Modellprojekte umfassen insgesamt drei Phasen (vgl. Szepan, 2013, S. 36–40):

3) Entwicklung eines Curriculums für die in der G-BA-Richtlinie genannten Krankheitsbilder einschließlich der Schulung der Pflegefachpersonen
4) Erprobung der in der G-BA-Richtlinie genannten Tätigkeiten im Versorgungsalltag
5) Evaluation der Erprobung

Dabei muss die notwendige zusätzliche Qualifizierung nach Abschluss der Primärqualifikation Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege an einer berufsbildenden Schule erfolgen. Daraus schlussfolgert sich ein erheblicher Aufwand für die Erreichung der Zulassungsvoraussetzung für die Teilnahme an einem Modellversuch nach § 63 Abs. 3c SGB V (vgl. Szepan, 2013, S. 36–40). Des Weiteren beschreibt Szepan, dass die Curricula einer Genehmigung durch die zuständigen Ministerien bedürfen, um eine Anerkennung für die Schulung von Pflegefachpersonen im Zusammenhang der Modellprojekte zu erlangen. Gleichzeitig können Krankenkassen Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V nur unter der Maßgabe genehmigen, dass die Curricula durch die Ministerien anerkannt sind. Der Sachverständigenrat schlägt daher vor, die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen (§ 63 Abs. 3c SGB V) erneut auf den Prüfstand zu stellen, um künftig die Entwicklung und Erprobung innovativer Lösungen für die Versorgungsprobleme insbesondere im ländlichen Raum zu beschleunigen (vgl. SVR, 2014).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die bislang ausstehenden Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V die erforderliche Grundlage darstellen, um den Prozess der Aufgabenneuverteilung zu erproben, wissenschaftlich zu evaluieren und auf deren Basis die künftige Substitution

ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen zu spezifizieren. Dabei sollten ANP-Konzepte in die Entwicklung und Erprobung einbezogen werden. Ziel ist, positiv evaluierte ANP-Konzepte bzw. einzelne Elemente aus dem Ausland auf Deutschland zu transferieren.

Literatur

Bals, T./Dielmann, G. (2013). *Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems.* In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, S. 177–191.

Becker, A. (2006). *Duale Studiengänge. Eine Übersichtsstudie im Auftrag der IG Metall-Jugend.* http://www.praktikum-niedersachsen.de/service/Duales Studium/Duale Studiengaenge - IGMetall.pdf (23.10.2014).

Berg, N. van den/Kleinke, S./Heymann, R./Oppermann, R. et al. (2010). *Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung.* Gesundheitswesen, 72 (5), S. 285–292.

Berg, N. van den/Meinke, C./Heymann, R./Dreier, A. et al. (2007). *Community Medicine Nurse-Arztunterstützung in ländlichen Regionen.* Pflege und Gesellschaft, 12 (2), S. 118–134.

Berg, N. van den/Meinke, C./Heymann, R./Fiß, T. et al. (2009.) *AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz.* Deutsches Ärzteblatt, 106 (1–2), S. 3–9.

Bundesmantelvertrag der Ärzte (2009). *Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung).* http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf (23.06.2014).

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2013). *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähigere Gesundheitsversorgung.* http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf (24.10.2014).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007). *Pflegebildung offensive. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe.* München: Urban&Fischer.

Deutsches Ärzteblatt (2011). *BÄK wehrt sich gegen Substitution ärztlicher Leistungen.* http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47746/BAeK-wehrt-sich-gegen-Substitution-aerztlicher-Leistungen (23.10.2014).

Deutsches Ärzteblatt (2014). *„Wir haben hochmotivierte Ärzte".* Deutsches Ärzteblatt, 11 (31–32), S. A1343–1348.

Dreier, A./Hoffmann, W. (2013a). *Anforderungen der Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen an die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Pflege.* G+G Wissenschaft (GGW), 13 (4), S. 23–30.

Dreier, A./Hoffmann, W. (2013b). *Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz. Ermittlung des Anforderungsprofils und der Qualifizierungsinhalte für Pflegefachpersonen in der DelpHi-MV Studie.* Bundesgesundheitsblatt 10/2013, 56: S. 1398–1409.

Dreier, A./Rogalski, H./Oppermann, R. F./Hoffmann, W. (2008). *„Community Medicine Nursing" Qualifikationsprojekt in Mecklenburg-Vorpommern*. PADUA, 4/08, S. 62–65.

Dreier, A./Rogalski, H./Oppermann, R. F./Hoffmann, W. (2012). *Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ),106 (9), S. 656–662.

Dreier, A./Rogalski, H./Oppermann, R. F./Terschüren, C. et. al. (2010). *A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care*. Journal of Advanced Nursing, 66 (3), S. 635–644.

Dreier, A./Thyrian, J. R./Hoffmann, W. (2011). *Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte*. Pflege und Gesellschaft, 16 (1), S. 53–64.

Ewers, M. (2010). *Evaluation dualer Pflegestudiengänge. Projektbeschreibung.* http://igpw.charite.de/gesundheitswiss/forschungsschwerpunkte/abgeschlossene_projekte/evaluation_dualer_pflegestudiengaenge/ (19.10.2014).

Fricke, A. (2013). *Stillstand vor den Probeläufen.* http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/830308/substitution-stillstand-probelaeufen.html (03.10.2014).

Friesacher, H. (2013). *Studienmöglichkeiten in der Pflege*. Pflegewissenschaft, 21 (6), S. 314–324.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V.* https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf (15.10.2012).

Hintzpeter, B./List, S. M./Lampert, T./Ziese, T. (2011). *Entwicklung chronischer Krankheiten.* In: Günster, C./ Klose, J./ Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2011. Stuttgart: Schattauer, S. 3–20.

Hoffmann, W./Berg, N. van den/Dreier, A. (2013). *Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen. Das „Greifswalder 3-Stufen-Modell".* Bundesgesundheitsblatt, 56 (4), S. 555–561.

Isfort, M./Weidner, F./Neuhaus, A./Kraus, S. et al. (2010). *Pflege-Thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus.* http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (15.10.2010).

Kälble, K. (2009). *Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld?.* GGW, 9 (2), S. 15–22.

KBV – Kassenbundesärztliche Vereinigung und GKV Spitzenverband (2013). *Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V.* http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/bmv-ae/bmvae-24.pdf (23.10.2014).

Lehmann, Y./Beutzner, K./Karge, K./Ayerle, G. et al. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich.* http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf (24.10.2014).

Offermanns, M./Bergmann, K. O. (2013). *Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI).* https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung_pflege_langfassung.pdf (23.10.2014).

Oppermann, R. F./Rogalski, H./Hoffmann, W./ Berg, N. van den et al. (2008). *Qualifikation „Community Medicine Nursing" – Konzept Curriculum*. Band 6, Neubrandenburg: Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg.

Protschka, J. (2014). *Delegation: Chance und Risiken*. Deutsches Ärzteblatt, 111 (9), S. 818–819.

RKI – Robert Koch-Institut (2012). *Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen*. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile (12.10.2014).

Robert Bosch Stiftung (2000). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf (23.10.2013).

Robert Bosch Stiftung (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (23.10.2014).

Rogalski, H. (2010). *Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community Medicine Nursing" –Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculum*. http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2010/776/pdf/diss_hagen_rogalski.pdf (30.10.2014).

Rogalski, H./Dreier, A./Hoffmann, W./Oppermann, R. F. (2012). *Zukunftschance Pflege- von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes*. Pflege, 25 (1), S. 11–21.

Rogalski, H./Dreier, A./Oppermann, R. F./Hoffmann, W. (2008). *Community Medicine Nursing- ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege*. DieSchwesterDerPfleger, 01/2008, S. 70–73.

Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/GAZESse/2013-01/2012_Themenreport_Pflege-2030.pdf (16.10.2014).

Rump, J./Völker, R. (2007). Employability in der Unternehmenspraxis. Eine empirische Analyse zur Situation in Deutschland und ihre Implikationen. Heidelberg: Physica, S. 114–115.

Sachs, M. (2007). *Advanced Nursing Practice- Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden*. Pflege und Gesellschaft, 12 (2), S. 101–117.

Sahmel, K. H. (2014). *Kritische Debatte zur Generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch, eine grundlegende und kritische Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung" zu unterbinden*. http://www.dbva.de/docs/buendnis/Mai_2014/Kritische%20Debatte%20zur%20Generalistischen%20Pflegeausbildung.pdf (22.10.2014).

Simon, M. (2012). *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009*. http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf (17.09.2014).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland – Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf;jsessionid=3E38990AA1EA285EE208C41070BE0B34.cae3?__blob=publicationFile (26.10.2014).

Statistisches Bundesamt (2011). *Demografischer Wandel in Deutschland Heft 1 -Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern-*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile (22.10.2014).

Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse-*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile (23.10.2014).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007*. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (22.10.2014).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf (15.10.2014).

Thyrian, J. R./Dreier, A./Fendrich, K./Lueke, S. et al. (2011). *Demenzerkrankungen: Wirksame Konzepte gesucht*. Deutsches Ärzteblatt, 108 (38), S. A 1954–6.

Thyrian, J. R./Fiß, T./Dreier, A./Fendrich, K. et al. (2012). *Dementia: Life- and personcentered help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi) – study protocol for a randomised controlled trial*. Trials, 13 (1):56, S. 1–11.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (26.10.2014).

Zöller, M. (2014). *Gesundheitsfachberufe im Überblick*. http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/7369 (15.10.2014).

IV
Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsberufen

16 Forschung in den Gesundheitsberufen – Bedeutung, Umsetzung und Perspektiven

MICHAEL EWERS

Mit lauter werdenden Forderungen nach einer Akademisierung der Gesundheitsberufe wird immer häufiger auch die Frage nach deren Forschungsaktivitäten gestellt. Am Beispiel der Pflege- und Therapieberufe wird in dem Beitrag überblicksartig die Bedeutung der Forschung in den Gesundheitsberufen dargelegt. Es werden Forschungsherausforderungen thematisiert und der Stand der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung und Institutionalisierung von Forschung skizziert. Schließlich werden bisherige Forschungsaktivitäten gewürdigt und einige Perspektiven für die künftige Entwicklung aufgezeigt.

Der Großteil der Gesundheitsberufe – darunter die hier im Zentrum des Interesses stehenden Pflege- und Therapieberufe[1] – werden in Deutschland traditionell wissenschafts- und forschungsfern ausgebildet und sozialisiert. Inzwischen mehren sich aber auch hierzulande Stimmen, die für Pflegende und Therapeuten eine frühzeitige und systematische Konfrontation mit Wissenschaft und Forschung befürworten. Selbst hochrangige Wissenschaftsgremien haben sich daher zwischenzeitlich für eine moderate Akademisierung dieser Gesundheitsberufe ausgesprochen (vgl. SVR, 2007; WR, 2012; SVR, 2014). Dabei wird stets hervorgehoben, dass sich dieser Prozess nicht in der schlichten Verlagerung der Ausbildung aus dem sekundären in den tertiären Bildungsbereich erschöpfen darf. Auch sollten mit der Akademisierung nicht nur individuelle Erwartungen an Statuszugewinn oder Karriereoptionen Einzelner bedient werden, wenngleich diese Faktoren für die Attraktivität der Pflege- und Therapieberufe und zur Reaktion auf den sich abzeichnenden Fachkräftemangel nicht unerheblich sein dürften (vgl. Hämel/Schaeffer, 2013; SVR, 2014).

Jedoch werden von der Akademisierung vordringlich substanzielle Beiträge zur Professionalisierung der Pflege- und Therapieberufe, zur Beantwortung des weitreichenden Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung sowie zu deren wissenschaftlicher Fundierung und Evidenzbasierung erwartet. Hierfür sind nicht allein Aktivitäten in der hochschulischen Lehre und Ausbildung, sondern in gleicher Weise Bemühungen um systematischen Erkenntnisgewinn in

1 Es ist in diesem Beitrag nicht möglich, alle bislang im sekundären Bildungssektor ausgebildeten Gesundheitsberufe in gleicher Weise in den Blick zu nehmen. Es erfolgt daher eine Konzentration auf die Pflege (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) und drei Therapieberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie). Einige der in diesem Beitrag gemachten Aussagen dürften in ähnlicher Weise aber auch für andere Gesundheitsberufe gelten (z. B. Hebammen/Entbindungspfleger, Diätassistenten).

Form von Forschung bedeutsam. In diesem Kontext wird vielfach die Frage aufgeworfen, ob die noch juvenilen Pflege- und Therapiewissenschaften bereits als eigenständige Disziplinen gelten können, ob sie bereits Forschung leisten und worauf diese gerichtet ist. Diskutiert wird ferner, welche Ziele diese Forschungsaktivitäten verfolgen und wie sie sich zu denen sozial- und naturwissenschaftlicher Bezugsdisziplinen oder auch anderer Gesundheitsdisziplinen – insbesondere der Medizin – verhalten. Schließlich wird hinterfragt, welche personellen und institutionellen Bedingungen in Deutschland existieren und künftig geschaffen werden müssen, um eigenständige Forschung der Pflege- und Therapieberufe hervorbringen zu können.

Fragen wie diese stehen im Zentrum dieses Buchbeitrags.[2] Darin sollen überblicksartig die Bedeutung der Forschung in den Gesundheitsberufen dargelegt, Forschungsherausforderungen thematisiert, der Stand der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung und Institutionalisierung von Forschung skizziert sowie bisherige Forschungsaktivitäten gewürdigt werden. Mit dem Verweis auf einige Anknüpfungspunkte für die künftige Entwicklung wird dieser Beitrag abgerundet.

16.1 Bedeutung von Forschung in den Gesundheitsberufen

Die demografische Entwicklung und der damit einhergehend wachsende Bedarf an alltagsnaher Unterstützung alter und hochaltriger Menschen sowie die zunehmende Komplexität, Intensität und Schwere akuter wie vor allem auch chronischer Krankheitsverläufe gehen mit einem weitreichenden Anforderungswandel in der Gesundheitsversorgung einher. Hinzu kommen gesellschaftliche Wandlungsprozesse, neue Rollenerwartungen, Leitbilder und Werteverschiebungen sowie wachsende Ansprüche an die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Gesundheitsversorgung. Schließlich gilt es, den rasanten Wissenszuwachs sowie die dynamische technische Entwicklung zu berücksichtigen und angemessen in die Gesundheitsversorgung zu integrieren. Diese und vergleichbare Wandlungsprozesse verlangen danach, tradiertes Wissen und etablierte Praktiken auf den Prüfstand zu stellen, sie theoriebasiert zu reflektieren und anhand empirischer Erkenntnisse kontinuierlich weiterzuentwickeln. Zudem gilt es, systematisch innovatives Wissen zur Lösung neu entstandener Probleme zu erarbeiten, aufzubereiten und für die Praxis zur Verfügung

2 Der Beitrag basiert auf den Beratungsergebnissen einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe des Gesundheitsforschungsrates (vgl. hierzu ausführlich Ewers et al., 2012). Die Arbeitsgruppe wurde 2010 eingerichtet und hatte die Aufgabe, eine Analyse zur Situation und zu Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen zu erarbeiten. Basierend auf diesem Konzeptpapier wurde auf der 29. Sitzung des Gesundheitsforschungsrats am 08.12.2011 eine Empfehlung zur Forschung in den Gesundheitsfachberufen verabschiedet: „Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“ (http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/empfehlungen.php (20.07.2014)).

zu stellen. Forschung – verstanden als ein Prozess der geplanten, methodisch kontrollierten und interpersonal überprüfbaren Erkenntnisgewinnung – ist somit unverzichtbar, wenn es um die Beantwortung der mit dem Anforderungswandel einhergehenden Herausforderungen geht.

Mit Blick auf traditionell akademische Gesundheitsprofessionen – insbesondere die Medizin – wird diese Aussage zur Bedeutung der Forschung auf ungeteilte Zustimmung treffen. Biomedizinische Grundlagenforschung zu Krankheitsursachen und Krankheitsverläufen sowie zu Therapieansätzen erfährt viel gesellschaftliche Aufmerksamkeit und öffentliche Anerkennung (vgl. BMBF, 2008). Gleiches gilt für die klinische und anwendungsorientierte medizinische Forschung sowie in jüngster Zeit ansatzweise für die medizinnahe Versorgungsforschung. Medizinische Forschung in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen ist institutionell und thematisch hochgradig ausdifferenziert und mit beachtlichen finanziellen, strukturellen und personellen Ressourcen ausgestattet, um international wettbewerbsfähig sein zu können (vgl. Loos et al., 2014)[3]. Übersehen wird aber noch vielfach, dass die zuvor angesprochenen Wandlungsprozesse mit komplexen und mehrdimensionalen Herausforderungen einhergehen und daher mit biowissenschaftlichen Mitteln oder monodisziplinären Forschungsansätzen allein kaum angemessen erfasst, verstanden und bearbeitet werden können. Vielmehr bedarf es verschiedener wissenschaftlicher Perspektiven, Paradigmen und vermehrt auch interdisziplinärer Zugänge, um die komplexen Herausforderungen in modernen Gesundheitssystemen bewältigen zu können (vgl. Hall et al., 2006; Woods/ Magyary, 2010).

International wird daher neben der Medizin auch anderen Gesundheitsdisziplinen, insbesondere der Pflegewissenschaft und den Therapiewissenschaften[4], ein hohes Maß an Verantwortung und auch Kompetenz zugesprochen, wenn es um die forschungsgestützte Beantwortung des Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung geht (vgl. Finlay, 2012). Das hat seinen Grund, denn Pflegende und Therapeuten arbeiten besonders eng mit Patienten und ihrem sozialen Umfeld zusammen, haben intimen Einblick in deren Alltag und sind mit den von ihnen zu bewältigenden Problemlagen vertraut. Zudem leisten sie komplementär zur Medizin unverzichtbare Bei-

---

3 Laut Schätzungen wurden in Deutschland im Jahr 2010 knapp 10 Milliarden Euro für Gesundheitsforschung ausgegeben, ein Drittel davon erhielten die Hochschulen für medizinische Forschung und Entwicklung. Im Vergleich zu den gesamten Forschungs- und Entwicklungsausgaben sind die Mittel für medizinische Forschung in der letzten Dekade überproportional gestiegen (vgl. Loos et al., 2014). Noch 2004 wurden die unzureichende Förderung medizinischer Forschung in Deutschland und deren mangelnde Wettbewerbsfähigkeit beklagt (vgl. BMBF et al., 2004; WR, 2004).

4 An der Arbeitsgruppe Forschung in den Gesundheitsfachberufen war neben diesen Disziplinen auch die Hebammenwissenschaft beteiligt. Sie bleibt hier lediglich aus Darstellungsgründen unberücksichtigt, auch wenn zahlreiche Aussagen auf diesen Gesundheitsberuf in ähnlicher Weise zutreffen dürften (nähere Informationen zum Stand der Entwicklung in den Hebammenwissenschaften vgl. Ewers et al., 2012; Kahl, 2013).

träge zur Gesundheitsförderung, Gesundheitserhaltung und Patientenversorgung, und das über alle Lebensphasen hinweg sowie in diversen Versorgungssettings. Dies ermöglicht ihnen unter anderem, Forschungsfragen mit hoher Praxisrelevanz aufzuwerfen, sie in enger Kooperation von Wissenschaft und Praxis zu bearbeiten und die so gewonnenen empirischen Erkenntnisse für die Evidenzbasierung und Weiterentwicklung ihrer Versorgungspraxis zu nutzen (vgl. Behrens/Langer, 2010; Melnyk/Fineout-Overholt, 2005; Lehmann et al., 2014). Pflege- und Therapiewissenschaftler beteiligen sich darüber hinaus an multi- und interdisziplinären Forschungsprojekten und tragen durch ihre spezifischen Sichtweisen zur Formulierung und Beantwortung relevanter Forschungsfragen und zur Lösung wichtiger Versorgungsprobleme bei (vgl. Woods/Magyary, 2010; Frenk et al., 2010; Smith, 2007). Akademisch qualifizierte Praktiker wiederum sind in der Lage, diese unterschiedlichen Forschungserkenntnisse zeitnah zu rezipieren, sich damit kritisch auseinanderzusetzen und die Lösungsansätze auf ihre Praxis anzuwenden (vgl. UKCRC, 2007). Zugleich stimulieren sie aufgrund ihrer Erfahrungen und Einsichten die Entwicklung weiterführender Forschungsfragen und Problemstellungen. Durch Forschung gewonnenes wissenschaftliches Wissen hat also für die Praxis der Pflege- und Therapieberufe immer größere Bedeutung, zugleich sind deren spezifische Forschungsleistungen für die Beantwortung des Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung unverzichtbar (vgl. SVR, 2014; Schaeffer et al., 2008).

16.2 Forschungsherausforderungen in den Gesundheitsberufen

In Deutschland sehen sich die Pflege- und Therapieberufe in der Forschung allerdings vor gewaltige Herausforderungen gestellt. Ein großes Problem besteht beispielsweise darin, dass es für zahlreiche pflegerische oder therapeutische Maßnahmen noch keine oder allenfalls unzureichende wissenschaftliche Grundlagen gibt und dass empirisch erbrachte Nachweise ihrer Wirksamkeit oder ihres Nutzens fehlen. Es mangelt an Erkenntnissen, bei welchen Patienten oder Nutzergruppen welche Leistungen angezeigt sind oder wie oft und wie lange sie angewendet werden müssen, um die angestrebten Effekte erzielen zu können. Offen ist aber auch, ob neuere (z. B. technisch aufwendige) Interventionskonzepte den tradierten vorwissenschaftlichen Vorgehensweisen über- oder unterlegen sind und in welchen Fällen welche konkreten Maßnahmen erfolgsversprechender sind als andere. Selbst wenn international bereits Erkenntnisse über die Wirksamkeit ausgewählter pflegerischer oder therapeutischer Interventionen vorliegen, lassen sich diese aufgrund abweichender Kontextbedingungen nicht ohne Weiteres auf hiesige Versorgungssituationen anwenden

(vgl. Behrens/Langer, 2010; Melnyk/Fineout-Overholt, 2005). Zunächst müsste die Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse systematisch überprüft oder eine wissenschaftlich begründete Anpassung vorgenommen werden. Hinzu kommt, dass neuartige Versorgungsprobleme nach innovativen Konzepten, Strategien und Interventionen verlangen, und auch für deren Entwicklung wird Forschung benötigt. Schließlich muss auch die Implementierung neuer Konzepte, Strategien oder Interventionen wissenschaftlich begleitet und hinsichtlich hemmender und fördernder Umsetzungsbedingungen untersucht werden (vgl. Smith, 2007; Ewers, 2010; Ewers, 2014; SVR, 2014).

Die noch unzureichende Wissensbasis und der eng begrenzte Stand der Forschung in den Pflege- und Therapieberufen führen hierzulande derzeit nicht allein zu Glaubwürdigkeits- und Legitimationsproblemen gegenüber den Patienten, anderen Gesundheitsberufen oder der allgemeinen Öffentlichkeit. Sie bringen auch handfeste Nachteile mit sich, etwa wenn es um die Finanzierung konkreter pflegerischer oder therapeutischer Leistungen geht. Denn damit diese im Leistungskatalog von Kranken- und Pflegekassen oder auch anderen Kostenträgern berücksichtigt und solidarisch finanziert werden können, werden vermehrt wissenschaftlich fundierte Konzepte und systematische Wirksamkeitsnachweise verlangt.

16.2.1 Verschiedene Zielsetzungen

Forschung in den Gesundheitsberufen kann unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Beispielsweise kann sie darauf ausgerichtet sein,

- die pflege- oder therapierelevanten Problem- und Bedarfslagen der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen zu erfassen (Epidemiologie);
- die vielfältigen patientennahen und patientenfernen Aktivitäten der Pflege- und Therapieberufe wissenschaftlich zu legitimieren (Konzeptentwicklung/Evidenzbasierung);
- die Reichweite und Wirksamkeit einzelner Interventionen unter definierten Bedingungen zu untersuchen (klinische Forschung/patientenorientierte Forschung);
- die soziale Organisation und Verfasstheit der Gesundheitsversorgung zu analysieren und zu optimieren (Versorgungsforschung) oder
- Fragen des Wissenstransfers und der künftigen Heranbildung von professionellem Nachwuchs zu bearbeiten (Bildungsforschung) (vgl. Bartholomeyczik, 2011).

Dringender Bedarf besteht im Bereich der *anwendungsorientierten Forschung* („applied research“), d. h. bei der Durchführung originärer Untersuchungen, die den Stand des Wissens ausgerichtet

auf ein spezifisches praktisches Ziel systematisch vermehren sollen (OECD, 2002). Von den oft auch als Anwendungsdisziplinen bezeichneten Pflege- und Therapiewissenschaften wird in erster Linie erwartet, dass sie durch ihre Forschung Erkenntnisse produzieren, die möglichst unmittelbar für die Lösung praktischer Problemstellungen in der Gesundheitsversorgung genutzt werden können. Allerdings reicht dies allein nicht aus. Ebenso wenig genügt es, natur-, sozial- oder geisteswissenschaftliche Forschungsergebnisse aufzugreifen und diese, einem wissenschaftlichen Kaskadenmodell folgend, im Sinne der Translationsforschung für Problemstellungen der Pflege- und Therapieberufe nutzbar machen zu wollen (vgl. Woods/Magyary, 2010). Benötigt wird darüber hinaus eigenständige *pflege- und therapiewissenschaftliche Grundlagenforschung* („basic research“)[5]. Gemeint sind originäre Untersuchungen mit dem allgemeinen Ziel, den Stand des Wissens über die Grundlagen von Phänomenen und beobachtbaren Tatbeständen mit Relevanz für die Pflege- und Therapiewissenschaften zu vermehren, und zwar unabhängig von dessen späterer Verwendung oder konkreter Anwendungsmöglichkeit (vgl. OECD, 2002). Primär von wissenschaftlicher Neugier ausgelöste Grundlagenforschung („curiosity driven research“) kann unter anderem dazu beitragen, die grundlegenden Prinzipien dieser noch jungen Wissenschaftsdisziplinen zu erarbeiten, zu überprüfen und einer kritischen Reflexion zu unterziehen. Auf diese Weise kann nicht zuletzt die als notwendig erachtete Theorieentwicklung, Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung in den Gesundheitsberufen vorangetrieben werden (vgl. Wysocki, 1983; Lethinen et al., 2005; Schaeffer et al., 2010, 2012). Neben anwendungsorientierten sind daher insbesondere auch anwendungsoffene Forschungsaktivitäten unverzichtbar.

16.2.2 Breites Themenspektrum

Es ist kaum möglich, eine komplette Liste der Themen und Probleme aufzustellen, zu denen pflege- und therapiewissenschaftliche Forschung aktuell durchgeführt werden könnte oder sollte. Dennoch wurde in der Arbeitsgruppe Forschung in den Gesundheitsfachberufen des Gesundheitsforschungsrates der Versuch unternommen, den derzeit bestehenden (inter-)disziplinären Forschungsbedarf anhand einiger ausgewählter Themen zu konkretisieren und zu veranschauli-

5 Die funktionale Differenzierung von Forschungstypen nach dem Frascati-Modell – insbesondere zwischen Grundlagenforschung und anwendungsorientierter Forschung – wird traditionell herangezogen, um die Zielrichtung von Forschungsaktivitäten unterscheiden und sie in ihre Bedeutung für Wissenschaft und Gesellschaft einordnen zu können (vgl. OECD, 2002; Gassler/Schibany, 2010). Allerdings werden die Unzulänglichkeiten des „Zwei-Schubladen-Systems“ zunehmend kritisiert und vermehrt für eine dritte Variante – die anwendungsorientierte Grundlagenforschung – plädiert (vgl. Brüggemann/Bromme, 2006).

chen (vgl. Ewers et al., 2012). Vor dem Hintergrund des eingangs angesprochenen Anforderungswandels wurden dabei u. a. folgende Fragestellungen als besonders relevant identifiziert:

- Wie können Gesundheitsförderung und Prävention intensiviert und wirksamer gestaltet werden, um mehr Menschen auch unter erschwerten Bedingungen möglichst lange gesund zu erhalten und die Entstehung oder das Voranschreiten von Gesundheitsproblemen aktiv zu verhindern?
- Welche Folgen ziehen chronische Erkrankungen für die davon betroffenen Menschen nach sich, wie leben sie mit diesen Konsequenzen ihrer Erkrankung, wie können sie bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen unterstützt und wie kann ihr Selbstmanagement gefördert werden?
- Wie kann soziale Teilhabe trotz Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ermöglicht werden, welche Maßnahmen zur Förderung von Partizipation in der Gesundheitsversorgung sind erfolgreich, und wie können Angehörige oder informelle Helfer bei ihren Aufgaben gestützt und begleitet werden?
- Wie kann den Anforderungen in der klinisch zunehmend anspruchsvoller werdenden Akutversorgung etwa aufgrund komplexer werdender Krankheitsbilder begegnet und wie können dabei technische Hilfsmittel in Diagnostik und Therapie in allen Versorgungssettings sinnvoll eingesetzt werden?

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wurde in diesem Zusammenhang beispielsweise auf die Notwendigkeit hingewiesen, forschungsgestützte Kriterien und auch Verfahren zu entwickeln, mit denen chronisch kranke Menschen mit besonderem Unterstützungs- und Pflegebedarf gezielt und frühzeitig identifiziert werden können (Instrumentenentwicklung). Bedarf wurde ferner darin gesehen, international erfolgreiche Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit auf ihre Umsetzung unter deutschen Bedingungen hin zu untersuchen oder aber die Wirksamkeit nicht pharmakologischer Interventionskonzepte bei Schmerzen, Desorientierung oder expressiven Verhaltensweisen zu testen. Von den Therapiewissenschaften wurde beispielsweise das Thema der motorischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hervorgehoben sowie die Möglichkeiten, diese durch präventive Maßnahmen positiv zu beeinflussen. Zudem wurden die wachsende Bedeutung berufsspezifischer muskuloskelettaler Probleme im Setting Betrieb und Kommunikationsprobleme bei Menschen mit Behinderungen als wichtige Themen für die therapiewissenschaftliche Forschung benannt. Konzeptanalysen, Wirkungs- und Evaluationsstudien,

deren Ergebnisse für die therapeutische Praxis Orientierung bieten könnten, fehlen aber auch zu zahlreichen anderen Themen. Die Liste ließe sich also ohne Zweifel durch weitere Beispiele ergänzen (vgl. Bartholomeyczik, 2011; Ewers et al., 2012).

16.2.3 Priorisierung von Forschungsthemen

Die große Spannbreite der zu bearbeitenden Themen birgt für die Gesundheitsberufe das Risiko, dass sie mit ihren noch begrenzten Forschungsaktivitäten allenfalls punktuell neue Erkenntnisse zu thematischen Teilaspekten erarbeiten können. Aufgrund unzureichender Tiefe, Qualität, Spezifität und Anschlussfähigkeit können diese Forschungsergebnisse dann aber möglicherweise kaum zur Problemlösung verwendet oder zu einem einheitlichen Wissenskorpus verdichtet werden. Notwendig ist daher eine Konzentration der Forschungsaktivitäten auf einige aus wissenschaftlicher wie gesellschaftlicher Sicht als besonders relevant erachtete Themenschwerpunkte. Diese könnten dann entsprechend intensiv, auf hohem wissenschaftlichen Niveau sowie in abgestimmter Weise bearbeitet werden.

Dieser Sichtweise folgend wurde 2012 mit der Veröffentlichung der „Agenda Pflegeforschung für Deutschland“ (vgl. Behrens et al., 2012) erstmals der Versuch einer thematischen Priorisierung für die Forschungsaktivitäten dieser Disziplin unternommen. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung und von einem fünfköpfigen Autorenteam erarbeitet sowie in einem aufwendigen Verfahren mit Vertretern der Pflegewissenschaft abgestimmt, wurden in der Pflegeforschungsagenda zehn als besonders wichtig erachtete Themenkomplexe identifiziert: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege, Pflegebedürftigkeit alter Menschen, Leben mit chronischer Erkrankung, Pflege von Menschen mit Behinderung sowie von Kindern und Jugendlichen, Pflege in akuten Krankheitssituationen, Umgang mit Vulnerabilität, neue technologische Entwicklungen, Pflegesysteme im Umbruch sowie Bildung in der Pflege. Die einzelnen Themenkomplexe werden in der Agenda anhand von Beispielen entfaltet, was unter anderem als Anregung für Pflegeforscher wie auch für Förderinstanzen und politische Entscheidungsträger dienen soll (vgl. ebd.; Schaeffer/Ewers, 2014; Ewers, 2014). Vergleichbare Initiativen zur Eingrenzung von besonders bedeutsamen Themenschwerpunkten für die Forschung sind – an internationale Vorbilder anknüpfend (z. B. AOTA & AOTF, 2011; Rankin et al., 2012; ER-WCPT, 2012) – auch in den Therapieberufen gestartet worden. Eine solcher Priorisierungsprozess ist aber nicht nur aus inhaltlichen und forschungsstrategischen Gründen notwendig, er ist vielmehr auch aufgrund der noch immer

begrenzten personellen, institutionellen und materiellen Ressourcen für die Forschung in den Gesundheitsberufen geboten.

16.3 Forschungsbedingungen in den Gesundheitsberufen

Die bisherigen Ausführungen dürften veranschaulicht haben, welch große Bedeutung die Forschung für die hier interessierenden Gesundheitsberufe hat und vor welch gewaltige Herausforderungen sie dabei gestellt sind. Damit diese gemeistert werden können, sind forschungsförderliche Bedingungen in den Pflege- und Therapiewissenschaften unerlässlich. Fragt sich also, wie es derzeit darum bestellt ist.

16.3.1 Akademisierung, Nachwuchsförderung und Ausbildung von Forschungsexpertise

Die Akademisierung ist eine zwingende Voraussetzung dafür, dass die Pflege- und Therapieberufe eigenständige Forschung betreiben können. Sie dient nicht allein der Überwindung einer noch vorwiegend erfahrungsgestützten, vorwissenschaftlichen Praxis durch die Ausbildung von reflektierten Praktikern, die Forschung aktiv rezipieren, deren Ergebnisse einordnen und für ihr Versorgungshandeln nutzbar machen können (Bachelorebene). Sie zielt auch auf die Ausbildung von wissenschaftlichem Nachwuchs und von Forschungsexpertise aus der eigenen Disziplin heraus (Master- und Promotionsebene). Die Herausforderung besteht darin, eine hinreichend große Zahl an Pflege- und Therapiewissenschaftlern hervorzubringen, die eigenständig anspruchsvolle Forschungsaktivitäten durchführen und sich auf Augenhöhe an der interdisziplinären Forschung beteiligen können. In vielen Ländern, in denen die Akademisierung der Pflege- und Therapieberufe und damit auch die wissenschaftliche Nachwuchsförderung bereits vor mehreren Dekaden begann, konnten die Forschung und die damit verbundene Wissenschafts- und Disziplinentwicklung zwischenzeitlich auf beeindruckende Weise vorangetrieben werden. In Deutschland befinden wir uns in einem vergleichsweise frühen, zudem für die einzelnen Disziplinen unterschiedlich weit vorangeschrittenem Entwicklungsstadium (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000, 2011; Schaeffer et al., 2010, 2012; Lehmann et al., 2014).

Entwicklung in der Pflege

In der Pflege begann die Akademisierung in den 1990er-Jahren in Reaktion auf den seinerzeit bereits hohen Problemdruck in diesem Feld und befördert insbesondere durch die wissenschafts-

und pflegepolitische Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ (Robert Bosch Stiftung, 1992). Zwar gab es Vorläufer, an die angeknüpft werden konnte – etwa die medizinpädagogischen Studiengänge in Berlin (seit 1963) und Halle (seit 1988). Doch erst in dieser Zeit entstanden mit hoher Dynamik binnen weniger Jahre mehr als 50 Studiengänge – die meisten von ihnen an Fachhochschulen. Inhaltlich waren sie zumeist auf Teilfunktionen der Pflege konzentriert (Pflegepädagogik und Pflegemanagement), das eigentliche (klinische) Pflegehandeln blieb unberücksichtigt (vgl. Schaeffer et al., 2010, 2012). Diese Entwicklungsphase war von zahlreichen Aktivitäten im Bereich der Studiengangs- und Fachbereichsentwicklung gekennzeichnet. Obwohl der Pflegeforschung von Anfang an große Bedeutung beigemessen wurde, blieb den Akteuren für diese Aufgabe wenig Zeit und Energie. Diese Situation sollte sich seit der Bologna-Reform mit der Einführung dreistufiger Studiengangstrukturen verschärfen. Mit der Jahrtausendwende kamen dann Forderungen auf, sich stärker an internationalen Vorbildern zu orientieren und für die Pflege ausbildungsintegrierende oder primärqualifizierende Studiengänge einzuführen, die nicht nur auf Teilbereiche, sondern auf die gesamte Pflege zielen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000). Dies zog erneut Entwicklungs- und Umbauprozesse nach sich, die bis heute anhalten und für die überschaubare pflegewissenschaftliche Gemeinschaft zu einer belastenden Daueraufgabe wurden (vgl. Schaeffer et al., 2012; Schaeffer/Ewers, 2014).

Dabei stehen wichtige Entwicklungsschritte aus: Denn international hat sich schon vor vielen Jahren eine konsekutive Studiengangstruktur durchgesetzt, die im Anschluss an eine generalistische Primärqualifizierung auf der Bachelorebene auf der Masterebene die Qualifizierung für gehobene Aufgabenbereiche und Rollen vorsieht (Nurse Practitioner, Nurse Educator, Nurse Manager etc.). An sie wiederum schließen sich strukturierte Promotionsprogramme zur Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses an, und eben diese – wie auch die sich anschließende Postdoc-Phase – sind für die Entwicklung der Forschungsexpertise von entscheidender Bedeutung. Tatsächlich aber bewegt sich die Zahl der Masterprogramme für die Pflege hierzulande auf einem unzureichenden Niveau, und in den vorhandenen Programmen wird selten explizit für Forschungsfunktionen und wissenschaftliche Laufbahnen ausgebildet. Zwar sind an zahlreichen Hochschulen konsekutive oder weiterbildende Masterstudiengänge in Planung; ob sie jedoch realisiert werden können, lässt sich schwer einschätzen. Noch problematischer stellt sich die Situation auf der Promotionsebene dar. Es fehlt an strukturierten Promotionsprogrammen mit pflegewissenschaftlicher Orientierung, und eine Individualpromotion in der eigenen Disziplin ist nur an wenigen universitären Standorten möglich. Oftmals ist der akademische Nachwuchs also auf disziplinäre Umwege (z. B. eine Promotion in den Sozial-, Geistes- oder Gesundheits-

wissenschaften) verwiesen, was mit erheblichen Beschwernissen einhergeht (z. B. Problemen bei der Gutachtersuche und beim Themenzuschnitt). In der Summe sind die Möglichkeiten der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung und der Ausbildung von Forschungsexpertise in der Pflege nach wie vor begrenzt, zumal sie sich an weiteren strukturellen Hindernissen reiben: Es fehlt beispielsweise an Angeboten für die Postdoc-Phase sowie an angemessenen Beschäftigungs- und Fördermöglichkeiten für Nachwuchswissenschaftler (vgl. Ewers et al., 2012; WR, 2012).

Entwicklung in den Therapieberufen

Die Akademisierung der Therapieberufe erfolgte gegenüber der Pflege zeitversetzt, jedoch unter ähnlich erschwerten Bedingungen ebenfalls vorwiegend an Fachhochschulen und damit insbesondere auf Aspekte der Lehre ausgerichtet. Der Aufbau von Studiengängen begann erst mit der Jahrtausendwende, verläuft seitdem jedoch sehr dynamisch. Seit Einführung der Modellklausel in den Berufsgesetzen der Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden im Jahr 2009 konzentrieren sich auch hier die Aktivitäten auf die Entwicklung und Einführung primärqualifizierender Studiengänge auf der Bachelorebene, wodurch erhebliche personelle Ressourcen gebunden werden. Dabei ist zu bedenken, dass die wissenschaftliche Gemeinschaft der Therapieberufe kleiner und heterogener ist als in der Pflege und dass sich die Wissenschafts- und Disziplinentwicklung noch in einem früheren Entwicklungsstadium befindet (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2011).

Zwar existieren auch für die Therapieberufe inzwischen erste einschlägige Masterprogramme an bundesdeutschen Hochschulen, eher mit logopädischer bzw. sprach- und sprechwissenschaftlicher als mit physio- oder ergotherapeutischer Ausrichtung. Aufgrund des begrenzten Angebots müssen aber noch immer viele Interessenten auf nicht unmittelbar fachbezogene (z. B. Public Health, Berufspädagogik, Management, Sportwissenschaft) oder ausländische Studienangebote ausweichen. Zudem bewegen sich die Studiengänge im Spannungsfeld von Praxis- und Forschungsorientierung, müssen also gleichermaßen für anspruchsvolle Praxis- und Entwicklungsaufgaben qualifizieren wie auch Forschungskompetenzen auf gehobenem Niveau vermitteln – ein durchaus schwieriges Unterfangen (vgl. Ilott/Bury, 2002).[6] Noch problematischer gestaltet sich die Situation in der Promotions- und Postdoc-Phase, was insbesondere der begrenzten Institutionalisierung der Therapiewissenschaften im bundesdeutschen Wissenschaftssystem geschuldet ist. Durch individuelle Irr- und Umwege, Zugangsbarrieren, fachliche Überfremdung

6 Dieses grundsätzliche Problem teilen die Therapiewissenschaften mit der Pflegewissenschaft, aber auch mit den traditionell akademischen Gesundheitsdisziplinen wie der Human- und Zahnmedizin (vgl. hierzu auch WR, 2014, sowie disziplinübergreifend Multrus, 2009).

sowie tendenziell wenig forschungsfreundliche Kontextbedingungen werden die wissenschaftliche Nachwuchsförderung und die Ausbildung von Forschungsexpertise in den Therapieberufen beeinträchtigt.

Die in der Summe nach wie vor zögerlich verlaufende Akademisierung der Gesundheitsberufe erschwert also nicht allein die Beantwortung des Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung und die Entwicklung innovativer Lösungen für drängende Versorgungsprobleme; sie behindert vor allem auch die wissenschaftliche Nachwuchsförderung und damit das Entstehen ausreichend großer und leistungsfähiger Wissenschaftsgemeinschaften. Dabei haben diese „scientific communities“ bereits heute umfangreiche und anspruchsvolle Aufgaben zu bewältigen. Auf die Dauerbelastung im Bereich der Studiengangsentwicklung und der hochschulischen Lehre wurde bereits hingewiesen. Daneben sind die Angehörigen der pflege- und therapiewissenschaftlichen Gemeinschaften aber auch in zahlreichen Gremien vertreten und mit Sachverständigenfunktionen, dem Agendasetting sowie der Durchsetzung eigener Forschungsinteressen betraut. Als eine Folge steigender Forschungsaktivitäten sind sie immer öfter durch die Begutachtung von Forschungsanträgen und Forschungsergebnissen gefordert. Diese anspruchsvollen Peer-Funktionen werden in der Öffentlichkeit selten wahrgenommen, sind aber selbstverständlicher und arbeitsintensiver Bestandteil des Alltags von Pflege- und Therapiewissenschaftlern.

16.3.2 Institutionalisierung von Forschung in den Gesundheitsberufen

Forschung in den Gesundheitsberufen ist neben personellen auch an institutionelle Voraussetzungen gebunden, beispielsweise an das Vorhandensein einschlägiger Fachbereiche, Departments oder Fakultäten, hochschulinterner oder -externer Forschungsinstitute oder Forscherteams und Nachwuchsgruppen mit entsprechender Ausstattung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pflege- und Therapiewissenschaften hierzulande vorwiegend an Fachhochschulen angesiedelt sind, häufig unter dem Dach gesundheits-, sozial- oder wirtschaftswissenschaftlicher Fachbereiche oder Fakultäten. Auffallend ist die große Zahl an privaten Hochschulen, die sich dieser Disziplinen angenommen haben – freilich mit spezifischen Bedingungen, z. B. Gebührenpflicht, geringere Grundausstattung. Die Universitäten halten ihre Türen dagegen (noch) überwiegend geschlossen. Die Zahl universitärer pflegewissenschaftlicher Institute verharrt hierzulande seit Jahren auf niedrigem Niveau. Organisatorisch angesiedelt wurden pflegewissenschaftliche Lehrstühle entweder an human- und gesundheitswissenschaftlichen (Bremen, Bielefeld) oder medizinischen Fakultäten (Berlin, Halle-Wittenberg, Witten-Herdecke). In Lübeck wurde eine der

Sozialmedizin zugeordnete pflegewissenschaftliche Professur mit einer Forschungsgruppe in ein Universitätsklinikum eingebunden. Die bis dato einzige pflegewissenschaftliche Fakultät wurde 2006 an einer Theologisch-Philosophischen Hochschule gegründet (Vallendar)[7] – ein insgesamt unbefriedigendes Bild. Noch weitaus problematischer stellt sich die Situation in den Therapiewissenschaften dar. Zwar gibt es einschlägige Lehrstühle oder Institute an Universitäten – etwa in der klinischen Linguistik (Bielefeld, Marburg), Patholinguistik (Potsdam), Sprachtherapie (München, Köln) und Sprachheilpädagogik (Hannover) sowie der physikalischen Therapie und der klinischen Physiotherapie (z.B. Jena). Zum Universitätsprofessor oder Institutsleiter wurden Logopäden bzw. Sprachtherapeuten, Physio- oder Ergotherapeuten bis dato aber nicht berufen, stattdessen dominieren andere Disziplinen und Berufsgruppen das Feld.

Zur Erinnerung: Das deutsche Hochschulsystem kennt verschiedene Hochschultypen, die sich in Status, institutionellem Auftrag, strukturellen Gegebenheiten und Funktionsweise voneinander unterscheiden (vgl. WR, 2010a/b; Pasternack/Wissel, 2010). Die Universitäten bündeln als Bildungs- und Forschungseinrichtung das gesamte Spektrum akademischer Disziplinen und einen breiten Fächerkanon. Sie sollen vor allem theoretisch ausgerichtet und forschungsorientiert arbeiten, mit einem Schwerpunkt im Bereich der Grundlagenforschung. Zudem sind sie wegen des ihnen vorbehaltenen Promotionsrechts zentrale Einrichtungen für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung und Motor für wissenschaftliche Karrierewege. Den Fachhochschulen – heute vielfach als Hochschulen für angewandte Wissenschaften bezeichnet – wurden dagegen ausgewählte Fächer und Disziplinen zugeordnet. Anfangs waren dies vor allem ingenieurwissenschaftliche, technische und wirtschaftswissenschaftliche Fächer sowie die Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik – in jüngster Zeit vermehrt die noch jungen Gesundheitsdisziplinen. Der Auftrag besteht in einer berufsbezogenen Ausbildung in enger Kooperation mit Praxiseinrichtungen

7 Ob pflege- oder auch therapiewissenschaftliche Professuren diesem Vorbild folgend zu mono- oder interdisziplinären Fakultäten zusammengefasst, ob sie medizinischen, gesundheits- oder sozialwissenschaftlichen Fakultäten zugeordnet werden, ist noch lange nicht entschieden. Für den Status dieser Disziplinen und deren Möglichkeiten ist diese strukturelle Entscheidung jedoch von großer Bedeutung, weshalb diese Frage die Hochschulen, die Wissenschaftsgemeinschaften und die Wissenschaftspolitik in Deutschland noch geraume Zeit beschäftigen dürfte (vgl. WR, 2012; Ewers et al., 2012).

der Industrie, der Wirtschaft oder dem Sozial- und Gesundheitswesen. Zudem wurde diesem Hochschultypus die angewandte Forschung und Entwicklung übertragen.[8]

Mit der Ansiedlung einer wissenschaftlichen Disziplin an einem der beiden Hochschultypen werden also zugleich Weichen für die Forschungsmöglichkeiten und -aktivitäten gestellt (vgl. Schaeffer et al., 2010, 2012), zumal Universitäten und Fachhochschulen über eine unterschiedliche Ausstattung verfügen. Für die Fachhochschulen bedeutet das zumeist: ein höheres Lehrdeputat von Professoren, das Fehlen von wissenschaftlichen Qualifikationsstellen (Mittelbau), unzureichende Anreizsysteme für Aktivitäten im Bereich der Drittmittelforschung sowie eine in Forschungsfragen unerfahrene Verwaltung. Zwar gibt es wissenschaftspolitische Initiativen des Bundes und der Länder, die anwendungsorientierte Forschung an Fachhochschulen durch Förderprogramme zu stimulieren und die Profilbildung in diesem Bereich voranzutreiben[9]; die strukturellen Differenzen zwischen Fachhochschulen und Universitäten können und sollen diese Förderprogramme aber nicht beseitigen (vgl. WR, 2010a/b).

Es ist angesichts dessen kaum verwunderlich, dass in der Pflegewissenschaft in der Vergangenheit vor allem die wenigen universitären Institute als Impulsgeber und struktureller Anker für die Pflegeforschung in Erscheinung getreten sind (vgl. Schaeffer et al., 2008; Schaeffer/Ewers, 2014). Daneben konnte sich lediglich das an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) in Köln angesiedelte Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) durch zahlreiche Erfolge in der Drittmittelforschung etablieren. Andere Fachhochschulen bemühen sich zwischenzeitlich darum, diesem Beispiel nachzueifern, bislang mit mäßigem Erfolg. Auch in der Logopädie sind es vor allem die sprach- und sprechwissenschaftlichen universitären Institute, die Forschung betreiben, zuweilen in Kooperation mit Fachhochschulen. Andere Disziplinen wie die Physiotherapie und die Ergotherapie befinden sich dagegen – trotz ihrer zwischenzeitlichen Etablierung an Fachhochschulen und erkennbarer Aufbaubemühungen – mit Blick auf

8 Die Funktionalität dieser Typendifferenzierung wird aus wissenschaftspolitischer Sicht nach wie vor betont (WR, 2010a/b), spätestens seit der Bologna-Reform und der Einführung gestufter Hochschulabschlüsse lässt sie sich empirisch aber kaum mehr in reiner Form beobachten. Universitäten bieten inzwischen praxisnahe Studiengänge an und engagieren sich auf dem Gebiet der anwendungsorientierten Forschung und Entwicklung. Zugleich gibt es forschungsstarke Fachhochschulen, die ihr Fächerspektrum deutlich erweitert haben, längst die gesamte Spannbreite an möglichen Studienabschlüssen offerieren, in Verbindung mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen Grundlagenforschung betreiben und sich ihrerseits für die wissenschaftlichen Nachwuchsförderung einsetzen. Lauter werdende Forderungen nach dem Promotionsrecht für Fachhochschulen sind eine Konsequenz dieser Entwicklung hin zu einer Nivellierung der Grenzen und Unterschiede zwischen den beiden Hochschultypen (vgl. Teichler, 2005).

9 Auf Bundesebene ist das insbesondere das seit 2009 laufende Förderprogramm SILQUA-FH (http://www.bmbf.de/de/13214.php; 20.07.14). In den Ländern engagiert sich z. B. Nordrhein-Westfalen mit den Programmen FH BASIS, FH EXTRA und FH STRUKTUR für die Forschung an Fachhochschulen (http://www.wissenschaft.nrw.de/forschung/foerderung/foerderprogramme/forschungsfoerderung-an-fachhochschulen/; 20.07.14).

die Forschung noch in einer präinstitutionellen Entwicklungsphase, was ihre Forschungsmöglichkeiten stark eingeschränkt (vgl. Höppner, 2010; Höppner/Dehlfing, 2011).

16.4 Forschungsaktivitäten in den Gesundheitsberufen

Angesichts dieser ungünstigen personellen und infrastrukturellen Ausgangslage ist erstaunlich, in welchem Ausmaß in den Gesundheitsberufen in den letzten Jahrzehnten bereits Forschungsaktivitäten entfaltet und vorangetrieben wurden. Neben Aktivitäten im Bereich der Qualifikationsforschung (z. B. in Form von Promotions- und vereinzelt auch bereits Habilitationsverfahren) sind inzwischen zahlreiche Einzelprojekte und sogar umfangreiche Forschungsverbundvorhaben realisiert worden. Erneut ist dabei die Entwicklung in der Pflege weiter vorangeschritten als in den anderen Disziplinen.

Pflegewissenschaftliche Forschungsaktivitäten

Noch bis in die 1990er-Jahre hinein existierte in Deutschland allenfalls disziplinfremde Forschung über die Pflege („research on nursing“), nicht aber Forschung aus dieser Disziplin heraus und zu pflegewissenschaftlich relevanten Themenstellungen („research in nursing“). Erst um die Jahrtausendwende änderte sich dies langsam, und es entstanden vermehrt pflegewissenschaftliche Forschungsprojekte. Drittmittelforschung war jedoch noch selten. Wichtige Impulse erhielt die Forschungsentwicklung durch den bundesweit ersten Forschungsverbund „Pflegemanagement“ an der Hochschule Osnabrück und die zunächst vier, dann drei Pflegeforschungsverbünde, die von 2003/04 bis 2011 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurden. Die Forschungsverbünde bilden einen Meilenstein der Entwicklung, denn mit ihnen wurde erstmals in größerem Umfang Pflegeforschung möglich. Dies zeigt allein die Zahl der geförderten Projekte: Zu den Verbünden gehörten zum Schluss 22 Projekte, die von 18 Hochschulen und Forschungsinstituten durchgeführt wurden (vgl. Schaeffer et al., 2008). Wichtig daran ist, dass die Pflegeforschung erstmals mit ansehnlichen Bundesmitteln gefördert und damit auch offiziell in ihrer Bedeutung anerkannt wurde. Einen weiteren, bedeutenden Schritt in diese Richtung bildet die Förderung der Versorgungs- und Pflegeforschung im Rahmen des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) an der Universität Witten-Herdecke (http://www.dzne.de/standorte/witten.html). Nicht zu vergessen sind aber auch die vielen und zahlenmäßig zunehmenden Einzelprojekte (seien sie durch Bundes- oder Landesmittel, Stiftungen oder Kranken- und Pflegekassen gefördert), ebenso zwei jüngst entstandene Forschungs-

kooperationen, in denen Universitäten und Hochschulen gemeinsam forschen und promovieren, sowie die nicht weniger bedeutsamen vorangegangenen Graduiertenkollegs. Mit all diesen Initiativen und Projekten ist es zwischenzeitlich gelungen, Pflegeforschung auf eine respektable Basis zu stellen und die Akzeptanz für dieses Gebiet zu fördern.

Therapiewissenschaftliche Forschungsaktivitäten

Ein valides Bild von den Forschungsaktivitäten in den Therapiewissenschaften zu zeichnen ist weitaus schwieriger, eine systematische Erfassung und Bewertung der Forschungsaktivitäten der verschiedenen therapeutischen Disziplinen steht noch aus (vgl. Höppner, 2010). Es ist aber mit einer gewissen Berechtigung davon auszugehen, dass die Entwicklung in diesen Gesundheitsberufen zögerlicher verlaufen ist (vgl. Atkin et al., 2007) und dass es sich bei den Forschungsaktivitäten hierzulande noch überwiegend um Qualifikationsforschung – in erster Linie Promotionen – oder Einzelprojekte handelt. Drittmittelforschung ist allenfalls in Ansätzen vorhanden, oft mit geringen Fördersummen ausgestattet und durch kleine Stiftungen oder Interessenverbände gefördert. Zwar gab es auch relevante Förderinitiativen des Bundes, die für die Therapieberufe thematisch von Bedeutung waren, wie etwa die von 1998 bis 2005 in zwei Phasen geförderten Verbünde in der Rehabilitationsforschung. Auch die mit Bundesmitteln geförderte Versorgungs- oder Präventionsforschung ist hier zu nennen. Gesundheitsberufe wie die Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spielten bei diesen Forschungsaktivitäten bis dato aber allenfalls als Gegenstand der Forschung eine Rolle, weniger jedoch als verantwortlicher forschender Akteur (vgl. Höppner/Dehlfing, 2011; Ewers et al., 2012).

Förderung von Forschungsaktivitäten

Sowohl für die Pflege- als auch für die Therapiewissenschaften dürfte gelten, dass eine nennenswerte Ausweitung der Forschungsaktivitäten auf eine gezielte, nennenswerte und nachhaltige Förderung angewiesen ist. Noch immer ist es eine schwierige, viel Überzeugungsarbeit und Frustrationstoleranz erfordernde Aufgabe, potenzielle Förderinstanzen von der Notwendigkeit der Forschung in den Gesundheitsberufen zu überzeugen und sie dazu zu bewegen, möglichst konstant Fördermittel für diese Forschungsfelder bereitzustellen. Bis dato gibt es erst wenige Förderinstanzen, die sich auf dieses Gebiet vorgewagt haben, und die zur Verfügung gestellten Mittel sind vergleichsweise begrenzt. Noch ist es in Deutschland nicht gelungen, pflege- und therapiewissenschaftliche Forschung – wie international üblich und etwa in der Medizin selbstverständlich – als eigenständige Gebiete in den Forschungsfördersystemen nachhaltig zu verankern.

Forderungen in diese Richtung wird vielfach entgegengehalten, dass die noch jungen Pflege- und Therapiewissenschaften doch ähnlich wie andere wissenschaftliche Disziplinen bereits heute Zugang zu öffentlichen Fördermitteln haben, wie sie etwa von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) vergeben werden. Auch an Ausschreibungen des Bundesforschungsministeriums (z. B. zur Versorgungsforschung und Präventionsforschung) oder der Ressortforschung einzelner Bundes- und Landesministerien können sich die Gesundheitsberufe mit qualifizierten Anträgen ungehindert beteiligen (vgl. zur Übersicht Ewers et al., 2012, S. 69–72). Allerdings würde dies zu selten geschehen oder aufgrund von Qualitätsmängeln nur bedingt erfolgreich verlaufen. Übersehen wird dabei, dass – wie zuvor zu sehen war – ungünstige personelle und infrastrukturelle Voraussetzungen aufseiten der Pflege- und Therapiewissenschaften die Beteiligung an öffentlichen Ausschreibungen oder aber die Initiativbeantragung thematisch und zeitlich begrenzter Forschungsvorhaben bei der DFG erschweren. Richtig ist, dass sich die Pflege- und Therapieberufe mit ihren Forschungsanliegen dem Wettbewerb mit etablierten Wissenschaftsdisziplinen um Fördermittel stellen müssen, richtig ist aber auch, dass die Erfolgschancen ausgesprochen ungleich verteilt sind.

16.5 Anknüpfungspunkte und Perspektiven

Um die Forschung in den Gesundheitsberufen vorantreiben und die damit verbundenen Möglichkeiten für die Beantwortung des Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung realisieren zu können, sind Anstrengungen auf unterschiedlichen Ebenen und von verschiedenen Seiten notwendig. Einiges kam in den vorstehenden Ausführungen zur Sprache. Die wichtigsten Anknüpfungspunkte und die sich daraus ergebenden Perspektiven sollen an dieser Stelle abschließend zusammengefasst werden:

- Demografische, epidemiologische, gesellschaftliche und wissenschaftlich-technische Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben zu einem weitreichenden Anforderungswandel geführt, der mit etablierten Mitteln und von den traditionell akademisch qualifizierten Gesundheitsberufen – insbesondere der Medizin – allein nicht mehr beantwortet werden kann. Vielmehr sind auch die spezifischen Möglichkeiten anderer Gesundheitsberufe – darunter die Pflege- und Therapieberufe – stärker als bislang zur Problemlösung heranzuziehen. Sie könnten beispielsweise dazu beitragen, gesundheitsförderlichen und präventiven Strategien mehr Aufmerksamkeit zu schenken, die noch häufig vorherrschenden krankheits- oder störungsorientierten Interventionskonzepte zu korrigieren oder zu

ergänzen sowie insgesamt die Patienten- und Angehörigenzentrierung in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Internationalen Erfahrungen folgend sind die Pflege- und Therapieberufe auf der Grundlage einer soliden akademischen Qualifizierung durchaus in der Lage, mit wissenschaftlich fundierten Konzepten und evidenzbasierten Interventionen wesentliche Beiträge zur Problembewältigung und damit auch die Anpassung der Gesundheitssysteme an grundlegend veränderte Bedarfs- und Problemlagen zu leisten. Diese Ressource zu nutzen und in der Öffentlichkeit stärker zu würdigen, ist eine wichtige, der Zukunft vorbehaltene Aufgabe (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000, 2011; Frenk et al., 2010; Schaeffer et al., 2010, 2012; WR, 2012).

- Wie zuvor dargelegt, ist die Akademisierung der Pflege- und Therapieberufe eine zwingende Voraussetzung, um den Anforderungswandel in der Gesundheitsversorgung beantworten und die damit verbundenen Forschungsherausforderungen angehen zu können. Entgegen landläufigen Meinungen darf sich dieser Prozess aber nicht auf die Verlagerung der Ausbildung in den tertiären Bildungssektor und auch nicht allein auf die Bachelorebene beschränken. Diese Ausbildungsstufe ist unbestritten wichtig, um Pflegende und Therapeuten zu befähigen, Forschungserkenntnisse erschließen, einordnen und für die Praxis nutzbar machen zu können. Zudem kann dadurch bewirkt werden, dass sich diese Gesundheitsberufe Wissenschaft und Forschung gegenüber aufgeschlossener zeigen, als dies heute vielfach der Fall ist. Um jedoch eigenständig forschen und eine entsprechende Forschungsexpertise entwickeln zu können, sind ergänzende Qualifikationsangebote in Form forschungsorientierter Master- und Graduiertenprogramme unerlässlich. Es gilt also in den kommenden Jahren, neben (primärqualifizierenden) Bachelorprogrammen eine ausreichende Zahl an durchlässigen postgradualen Bildungsangeboten (Master- und Promotionsebene) zu implementieren, die primär der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung dienen und den Weg in eine Forscherkarriere eröffnen (vgl. UKCRC, 2007; Atkin et al., 2007; Benner et al., 2010; Witworth et al., 2012).
- In etablierten Wissenschaftsdisziplinen werden eigenständige Forschungskompetenzen während der Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschungseinrichtungen oder Drittmittelprojekten erprobt und erweitert – insbesondere in der Postdoc-Phase (vgl. WR, 2004, 2012). Für Pflege- und Therapiewissenschaftler bestehen in diesem Bereich bislang nur sehr begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten. Das hat unterschiedliche Gründe, darunter nicht zuletzt die unzureichende Institutionalisierung dieser Disziplinen. Es

stimmt mit Blick auf die Forschungsentwicklung aber nachdenklich, dass derzeit zahlreiche Nachwuchswissenschaftler oftmals im unmittelbaren Anschluss an eine externe Individualpromotion als Professoren an Fachhochschulen verpflichtet werden, ohne jemals in Forschungskontexten tätig gewesen oder sozialisiert worden zu sein. Sie decken damit zwar den in der Aufbauphase prioritären Bedarf in der Lehre ab, werden aber von der Forschung abgelenkt und können sich darin kaum beweisen und weiterentwickeln. Dem entgegenzutreten, bestehende Möglichkeiten – etwa die Nachwuchsakademien der DFG – für die strukturelle Förderung der jungen Pflege- und Therapiewissenschaftlern offensiver zu nutzen und auch dezidierte Forschungskarrieren zu ermöglichen, ist für die Entwicklung der noch jungen Wissenschaftsdisziplinen und die Qualität der Forschung in den Gesundheitsberufen von großer Bedeutung (vgl. WR, 2012; Ewers et al., 2012; UKCRC, 2007; Atkin, 2007; Benner, 2010; ER-WCPT, 2012; Butterworth et al., 2005).

- Die von den Pflege- und Therapieberufen im Interesse der Wissensfundierung und Evidenzbasierung zu bewältigenden Forschungsaufgaben sind gewaltig und das zu bearbeitende Themenspektrum übergroß. Umso wichtiger ist es, aus den Erfahrungen anderer Länder zu lernen, die begrenzten personellen und materiellen Ressourcen zu bündeln und sich in der Forschung auf einige besonders relevante Themenschwerpunkte zu konzentrieren (vgl. AOTA & AOTF, 2011; Finlay, 2012; Rankin et al., 2012; Behrens et al., 2012). Die von den Disziplinen ausgehende diskursive und konsentierte Entwicklung von Forschungsagenden ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung, dem weitere folgen müssen. Dabei wird jedoch darauf zu achten sein, dass nicht nur drängende gesellschaftliche Herausforderungen und zweckorientierte Erkenntnisinteressen die Forschungsagenda der Pflege- und Therapiewissenschaften bestimmen. Ergänzend zur anwendungsorientierten Forschung ist pflege- und therapiewissenschaftliche Grundlagenforschung notwendig, die ihre Themenauswahl in erster Linie wissenschaftlich legitimiert und nicht zuletzt der Theorieentwicklung in diesen Disziplinen dient. Letztlich wird – wie in anderen Disziplinen auch – das gesamte Spektrum an Forschungstraditionen und Forschungstypen genutzt werden müssen, um die Pflege- und Therapiewissenschaften voranbringen zu können (vgl. Schaeffer et al., 2010; Bartholomeyczik, 2011; Ewers et al., 2012).
- Weil die Universitäten nach wie vor als zentrale Stätten der Wissensproduktion gelten, weil ihnen das Promotionsrecht vorbehalten ist und weil sie Katalysatorfunktion für wissenschaftliche Laufbahnen haben (vgl. WR, 2006, 2012, 2014), darf deren Bedeutung

für die Gesundheitsberufe nicht unterschätzt werden. Zum einen ist also weiter zu fordern, dass Pflege- und Therapiewissenschaften nicht nur an Fachhochschulen, sondern in angemessener Weise auch an Universitäten angesiedelt und dort dauerhaft strukturell verankert werden[10]. Dies darf aber nicht in Form einer Unterordnung – etwa unter das Dach der Medizin – erfolgen, sondern muss die Eigenständigkeit dieser Disziplinen auch im innerinstitutionellen Gefüge der Universitäten angemessen zum Ausdruck bringen. Zugleich werden Maßnahmen zu ergreifen sein, die Durchlässigkeit zwischen Fachhochschulen und Universitäten zu erhöhen und – beispielsweise in Form gemeinsamer Graduiertenkollegs oder kooperativer Promotionsverfahren – auch Absolventen von Fachhochschulen den Weg zur Promotion und zur wissenschaftlichen Laufbahn zu ebnen. Bisher gesammelte Erfahrungen legen nahe, diese Formen der Kooperation der beiden Hochschultypen künftig intensiver zu fördern und auszubauen (vgl. WR, 2010a/b; WR, 2012).

- Kooperationen sind aber auch in anderer Richtung auszubauen und zu fördern, denn ähnlich wie für die Medizin ist auch für die Pflege- und Therapieberufe die Trias von Forschung, Lehre und Klinik von zentraler Bedeutung (vgl. Butterworth et al., 2005; WR, 2014). Nur durch eine enge Verbindung mit der Praxis können forschungsgestützte Innovationen unter Realbedingungen erprobt, systematisch implementiert und zeitnah für die Optimierung der Patientenversorgung genutzt werden. Strategische Allianzen mit Versorgungseinrichtungen sind daher insbesondere für die klinische Forschung in den Gesundheitsberufen von entscheidender Bedeutung (vgl. Smith, 2007). In Ländern mit Erfahrungsvorsprung – beispielsweise in Kanada – werden daher vermehrt interdisziplinäre Lehr- und Forschungseinrichtungen an großen Krankenhäusern und Versorgungseinrichtungen gegründet und mit erheblichen Ressourcen ausgestattet.[11] Darin wird nicht allein die Wertschätzung für diese Disziplinen und deren Forschungsaktivitäten zum Ausdruck gebracht. Vielmehr wurde verstanden, wie sehr die von den Pflege- und Therapieberufen

10 Für die Pflegewissenschaft könnte dies bedeuten, dass sich in jedem Bundesland mindestens ein universitärer Standort für diese Disziplin öffnet. Abgesehen vom bevölkerungsreichsten Bundesland NRW, das mit Bielefeld und Witten-Herdecke seit Jahren über zwei universitäre pflegewissenschaftliche Institute verfügt, sind besonders die großen Flächenländer wie Baden-Württemberg, Bayern und auch Hessen gefordert.

11 Vgl. das Li Ka Shing Knowledge Institute am St. Michaels Hospital Toronto (http://www.stmichaelshospital.com/knowledgeinstitute/; 20.07.14) und seine personelle Verknüpfung mit den Forschungsaktivitäten der Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing der University of Toronto (http://bloomberg.nursing.utoronto.ca/research/research-chairs; 20.07.14) sowie das Toronto Rehabilitation Institute mit dem iDAPT Centre (http://www.uhn.ca/TorontoRehab/Research/Rehab_Research_Future/Pages/default.aspx; 20.07.14), an dem bereits zahlreiche Nachwuchswissenschaftler aus den therapeutischen Disziplinen forschen.

erarbeiteten Forschungserkenntnisse für die wissenschaftliche Fundierung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung benötigt werden. Geachtet wird dabei zumeist auf eine enge strukturelle und personelle Verflechtung dieser Forschungseinrichtungen mit den Universitäten (beispielsweise über Match-Professorships), um die Qualität und Anschlussfähigkeit der Forschung zu sichern und dem wissenschaftlichen Nachwuchs angemessene Qualifizierungs- und Karriereoptionen zu eröffnen (vgl. hierzu auch UKCRC, 2007; Witworth et al., 2012). Solche Modelle könnten auch für Deutschland interessante Entwicklungsoptionen darstellen (vgl. Forum Pflegewissenschaft, 2009).

- Die Forschung in den Gesundheitsberufen bedarf der gezielten und nachhaltigen Förderung, wobei in der gegenwärtigen Phase insbesondere eine strukturelle Förderung durch die Länder und den Bund zur Ausweitung pflege- und therapiewissenschaftlicher Forschungskapazitäten an Universitäten, Fachhochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen angezeigt ist. Daneben wird die zeitlich befristete Projektförderung ausgeweitet werden müssen, um die Forschungsentwicklung in den Pflege- und Therapiewissenschaften zu fördern. Mit Blick auf die ausschreibungsgetriebene Drittmittelförderung konnte zwischenzeitlich erreicht werden, dass Pflege- und Therapieberufe in einschlägigen Ausschreibungstexten des BMBF explizit erwähnt und somit zur Antragsstellung ermutigt werden. Ob daraus auch eine nennenswerte Förderung resultiert, bleibt abzuwarten. Auch weiterhin werden öffentliche und private Stiftungen überzeugt werden müssen, nicht allein die medizinische Forschung zu unterstützen, sondern zumindest einen Teil ihrer Fördersummen auch für andere Gesundheitsdisziplinen und deren Forschungsanliegen bereitzustellen. Bei der antragsgetriebenen Projektförderung (DFG) ist künftig vor allem auf vergleichbare Wettbewerbsbedingungen mit anderen Disziplinen zu achten. Das könnte beispielsweise bedeuten, den Besonderheiten von Pflege- und Therapieforschung in den Fachgremien mehr Aufmerksamkeit zu schenken oder verstärkt Pflege- und Therapiewissenschaftler in Begutachtungsprozesse einzubinden. Zwar dürften daraus zusätzliche Belastungen für die noch immer überschaubaren Wissenschaftsgemeinschaften resultieren, sie anzugehen ist aber ratsam. Denn ohne angemessene Drittmittelförderung ist keine substanzielle Forschung aufzubauen, und auch für den Status der Disziplinen ist sie unverzichtbar, spiegelt sich darin doch auch die gesellschaftliche Wertschätzung für ein Forschungs- und Wissenschaftsgebiet (vgl. WR 2006, 2010a/b; Ewers et al., 2012).

- Schließlich darf hier nicht übersehen werden, dass künftig neben monodisziplinären insbesondere auch interdisziplinäre Forschungsansätze und -strategien gefragt sind, um der Komplexität der von der Gesundheitsforschung zu bewältigenden Herausforderungen gerecht werden zu können. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die Etablierung interdisziplinärer Forschergruppen sich selbst international noch in einem frühen Entwicklungsstadium befindet (vgl. Aagaard-Hansen/Ouma, 2002; Hall et al., 2006; Kessel et al., 2008). Hierzulande dürfte sie – angesichts der großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Gesundheitsdisziplinen – noch länger auf sich warten lassen. Bevor sich die Pflege- und Therapiewissenschaften mit anderen Gesundheitsdisziplinen – namentlich der Medizin – auf gemeinsame Forschungsfragen verständigen können, ist zunächst die forschungsgestützte Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung voranzutreiben. Andernfalls droht in der Zusammenarbeit der ungleichen Partner allzu schnell eine Vereinnahmung oder Überfremdung, ohne dass die spezifischen pflege- und therapiewissenschaftlichen Beiträge zur Gesundheitsforschung in der gewünschten Weise realisiert werden könnten. Nicht zuletzt aber weil der Anforderungswandel in der Gesundheitsversorgung nach disziplin- und professionsübergreifenden Ansätzen verlangt, darf diese Entwicklungsaufgabe auch in der Forschung nicht aus den Augen verloren werden (vgl. Schaeffer et al., 2010; Robert Bosch Stiftung, 2011; Ewers et al., 2012; Ewers/Schaeffer, 2012).

Literatur

Aagaard-Hansen, J./Ouma, J. H. (2002). *Managing interdisciplinary health research – theoretical and practical aspects*. International Journal of Health Planning and Management, 17 (3), S. 195–212.

AOTA & AOTF – American Occupational Therapy Association & American Occupational Therapy Foundation (2011). *Occupational therapy research agenda*. American Journal of Occupational Therapy, 65 (6), S4–S7.

Atkin, H./Jones, D./Smith, K./Welch, A. et al. (2007). *Research and development capacity building in allied health: rhetoric and reality*. International Journal of Therapy and Rehabiliation, 14 (4), S. 104–109.

Bartholomeyczik, S. (2011). *Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven*. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuauflage. Weinheim: Juventa, S. 67–94.

Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S. et al. (2012). *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle: Eigenverlag.

Behrens, J./Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarb. und erg. Auflage, Bern: Huber.

Benner, P./Sutphen, M./Leonar, V./Day, L. (2010). *Educating Nurses. A Call for Radical Transformation*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, San Francisco CA: Jossey-Bass.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2008). *Erfolge der Gesundheitsforschung*. Broschüre. Bonn: BMBF.

BMBF/DFG/WR – Bundesministerium für Bildung und Forschung/Deutsche Forschungsgemeinschaft/Wissenschaftsrat (2004). *Kernforderungen. Hochschulmedizin der Zukunft: Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung*. Gemeinsamer Workshop von Bundesministerium für Bildung und Forschung/Deutsche Forschungsgemeinschaft und Wissenschaftsrat. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Hochschulmedizin_der_Zukunft_Kernforde-rungen.pdf (10.07.2014).

Brüggemann, A./Bromme, R. (2006). *Einleitung*. In: Brüggemann, A./Bromme, R. (Hrsg): Entwicklung und Bewertung anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie. Rundgespräche und Kolloquien. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Berlin: Akademie Verlag, S. 1–10.

Butterworth, A./Jackson, C./Brown, E./Hessey, E. et al. (2005). *Clinical academic careers for educators and researchers in nursing: some challenges and solutions*. Journal of Research in Nursing, 10 (1), S. 85–97.

ER-WCPT – European Region of the World Confederation for Physical Therapy (2012). *Promoting Research and Research careers within Physiotherapy in Europe – Briefing paper*. Malta: ER-WCPT.

Ewers, M. (2010). *Vom Konzept zur klinischen Realität. Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland*. Pflege & Gesellschaft, 15 (4), S. 314–329.

Ewers, M. (2014). *Pflege, Forschung, Praxis – Überlegungen zum Wissen(schaft)stransfer in der Pflege. Blickpunkte*. Mensch-Gesellschaft-Sicherheit, 03/2014, S. 7–10.

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W. et al. (2012). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift 2012, 137 (Suppl 2), S. 29–76.

Ewers, M./Schaeffer, D. (2012). *Achilles-Verse neuer Versorgungsformen. Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation*. Monitor Versorgungsforschung, 5 (1), S. 51–54.

Finlay, V. (2012). *A Strategy for Developing Clinical Academic Researchers within Nursing, Midwifery and the Allied Health Professions*. DH – Department of Health.

Forum Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2009). *Memorandum. Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland*. Bremen: Forum Pflegewissenschaft.

Frenk, J./Chen, L./Bhutta, Z. A./Cohen, J. et al. (2010). *Health Professionals for a new century: transforming education to strenghten health systems in an interdependent world*. The Lancet, 376 (4), S. 1923–1958.

Gassler, H./Schibany, A. (2010). *Nutzen und Effekte der Grundlagenforschung*. TeReg Research Report Nr. 98–2010. Wien: JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH.

Hall, J. G./Bainbridge, L./Buchan, A./Cribb, A. et al. (2006). *A meeting of minds: interdisciplinary research in the health sciences in Canada*. CMAJ, 175 (7), S. 763–773.

Hämel, K./Schaeffer, D. (2013). *Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege*. Zeitschrift für Sozialreform (594), S. 413–431.

Höppner, H. (2010). *Perspektiven einer effektiven Physiotherapieforschung in Deutschland*. Physioscience, 6 (3), S. 121–126.

Höppner, H./Dehlfing, A. (2011). *Kommentierter Bericht zur Tagung des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe HVG e.V. am 22./23.11.2010 im Wissenschaftszentrum in Bonn: „Forschungsförderung und Forschungsstrukturen in den therapeutischen Berufen".* Physioscience, (7), S. 3940.

Ilott, I./Bury, T. (2002). *Research Capacity. A challenge for the therapy professions*. Physiotherapy, 88 (4), S. 194–200.

Kahl, C. (2013). *Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft. Beschreibung der Ist-Situation anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage.* Inaugural-Dissertation an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Hochschule Vallendar. http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2013/121/pdf/DissTeilI_Kahl_Final_revision_juni13.pdf (01.08.2014).

Kessel, F./Rosenfield, P./Anderson, N. (Hrsg.) (2008). *Interdisciplinary Research. Case studies from health and social science*. Oxford UK: Oxford University Press.

Lehmann, Y./Beutner, K./Karge, K./Ayerle, G. et al. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. Band 15 der Reihe der Berufsbildungsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn: BMBF Eigenverlag.

Lethinen, U./Ohlén, J./Asplund, K. (2005). *Some remarks on the relevance of basic research in nursing inquiry*. Nursing Philosophy, 6 (1), S. 43–50.

Loos, S./Albrech, M./Sander, M./Schliwen, A. (2014). *Forschung und Innovation in der Universitätsmedizin. Studien zum deutschen Innovationssystem Nr. 7-2014*. IGES Institut GmbH. Berlin: IGES, http://www.e-fi.de/fileadmin/Innovationsstudien_2014/StuDIS_7_ 2014.pdf (10.07.2014).

Melnyk, B. M./ Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Multrus, F. (2009). *Forschungs- und Praxisbezug im Studium. Erfassung und Befunde des Studierendensurveys und des Studienqualitätsmonitors*. Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung 57. Universität Konstanz – Arbeitsgruppe Hochschulforschung. Konstanz: Universität Konstanz Eigenverlag.

OECD (2002). *Frascati Manual 2002. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development*. The Measurement of Scientific and Technological Activities. Paris: OECD Publishing (doi: 10.1787/9789264199040-en).

Pasternack, P./Wissel, C. von (2010). *Programmatische Konzepte der Hochschulentwicklung in Deutschland seit 1945*. Arbeitspapier 204 der Hans-Böckler-Stiftung (HBS). Düsseldorf: HBS

Rankin, G./Rushton, A./Olver, P./Moore, A. (2012). *Chartered Society of Physiotherapy's identification of national research priorities for physiotherapy using a modified Delphi technique*. Physiotherapy (983), S. 260–272.

Robert Bosch Stiftung (1992). *Pflege braucht Eliten*. Denkschrift der „Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher.

Robert Bosch Stiftung (2000). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart: Schattauer.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hrsg.) (2008). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. Weinheim: Juventa.

Schaeffer, D./Ewers, M. (2014). *Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Plädoyer für eine kontinuierliche themenzentrierte Förderung von Pflegeforschung*. Pflegezeitschrift 67 (7), S. 424–428.

Schaeffer, D./Moers, M./Hurrelmann, K. (2010). *Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren*. Discussion Paper, 2010-301. WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB.

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (2012). *Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft.* In: Schwartz, F.W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P. et al. (Hrsg.). Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. überarb. Auflage, München: Urban & Fischer, S. 308–310.

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.) (2004). *Public Health und Pflege – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. 2. Aufl., Berlin: Edition Sigma.

Smith, L. N. (2007). *Nursing Research in Europe: a progress report*. Journal of Nursing Research, 12 (3), S. 293–300.

SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Berlin: SVR.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.* Gutachten. Bonn: SVR.

Teichler, U. (2005). *Hochschulstrukturen im Umbruch. Eine Bilanz der Reformdynamik seit vier Jahrzehnten*. Frankfurt/Main: Campus.

UKCRC Subcommittee for Nurses in Clinical Research (Workforce) (2007). *Developing the best research professionals. Qualified graduate nurses: recommendations for preparing and supporting clinical academic nurses of the future*. London UK: UKCRC. http://www.ukcrc.org/wp-content/uploads/2014/03/Nurses-report-August-07-Web.pdf (10.07.2014).

Whitworth, A./Haining, S./Stringer, H. (2012). *Enhancing research capacity across healthcare and higher education sectors: development and evaluation of an integrated model*. BMC Health Services Research 12, 287. http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/287 (09.07.2014).

Woods, N. F./Magyary, D. L. (2010). *Translational Research: Why Nursing's Interdisciplinary Collaboration is Essential*. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 24 (1), S. 9–24.

WR – Wissenschaftsrat (2004). *Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin*. Drs. 5913/04. Berlin: WR Eigenverlag.

WR – Wissenschaftsrat (2006). *Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem*. Drs. 7067-06. Berlin: WR Eigenverlag.

WR – Wissenschaftsrat (2010a). *Empfehlungen zur Differenzierung der Hochschulen*. Drs. 10031-10. Lübeck: WR Eigenverlag.

WR – Wissenschaftsrat (2010b). *Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem*. Drs. 10031-10. Berlin: WR Eigenverlag.

WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drs. 2411-12. Berlin: WR Eigenverlag.

WR – Wissenschaftsrat (2014). *Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge*. Drs. 4017–14. Dresden: WR.

Wysocki, A. B. (1983). *Basic Versus Applied Research: Intrinsic and extrinsic considerations*. Western Journal of Nursing Research, 5 (3), S. 217–224.

17 Der Forschungs-Praxis-Transfer in den Gesundheitsfachberufen – von klinischen Studien zur evidenzbasierten Praxis

SEBASTIAN VOIGT-RADLOFF; BRITTA LANG

Der vorliegende Beitrag thematisiert den Forschungs-Praxis-Transfer im deutschen Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der sich zunehmend akademisierenden Gesundheitsfachberufe (GFB) Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Das Problem des Forschungs-Praxis-Transfers wird erörtert. Zudem wird der Stand der Forschung auf Basis internationaler Übersichtsarbeiten zu klinischen Studien skizziert. Abschließend werden Vorschläge für eine Optimierung des Forschungs-Praxis-Transfers in den GFB diskutiert.

17.1 Forschungs-Praxis-Transfer

Evidenzbasierte Praxis bedeutet, Patienten bzw. Klienten[1] nicht nur nach deren Präferenzen und mit hoher fachlicher Kompetenz zu versorgen, sondern auch nach bester Kenntnis der für die jeweilige Behandlung relevanten Studienergebnisse. Dafür ist ein effizienter Transfer des Wissens aus Wirksamkeitsstudien in die alltägliche Versorgungsroutine der GFB notwendig. Das kanadische Institut für Gesundheitsforschung definiert Wissenstransfer als

> „einen dynamischen und iterativen Prozess, der die Synthese, Verbreitung, Diskussion und ethisch einwandfreie Anwendung von Wissen umfasst, um Gesundheit zu verbessern, mehr effektive Gesundheitsdienstleistungen und –produkte anzubieten und das Gesundheitswesen zu stärken" (Straus et al., 2011).

Dieser Prozess des Wissenstransfers von der Forschung zur Praxis verläuft jedoch keineswegs automatisch und auch nicht immer reibungsfrei. Folgende kritischen Aspekte sind zu berücksichtigen.

- Die Geschwindigkeit der Wissensvermehrung in der Medizin sowie der Ausbau des Internets als Ressource für Fachwissen führen zu einer für den Einzelnen nicht mehr überschaubaren Fülle an Informationen (vgl. SVR, 2014).

1 Der Buchbeitrag nutzt den Begriff „Klient" statt „Patient", da alle Gesundheitsfachberufe auch gesunde Menschen beraten, insbesondere in der Prävention und Geburtshilfe.

- Selbst die Reduktion dieser Informationsfülle durch die Zusammenfassung von Wirksamkeitsstudien in sogenannten systematischen Übersichtsarbeiten stößt an ihre Grenzen (vgl. Bastian et al., 2010).
- Internationale Fachjournale sind kostenpflichtig und ein umfassender Zugang ist oft nur für Personal in universitären Einrichtungen gewährleistet.
- Hochrangige Zeitschriften publizieren in Englisch, dadurch entsteht eine schwer zu überwindende Sprachbarriere (vgl. Ofori-Adjei et al., 2006; Airey/Linder, 2006; Gulbrandsen et al., 2002; Siddiek, 2011). Die Publikation von methodisch hochwertigen Wirksamkeitsstudien in deutschsprachigen Journalen hat rapide abgenommen, da Forscher auch zur Akquise von Forschungsgeldern hochranging und damit englischsprachig publizieren müssen (vgl. Galandi et al., 2006).
- Die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien werden oft kompliziert dargelegt und Fachpraktiker können die Implikation für die Versorgung nur schwer herausarbeiten (vgl. du Prel et al., 2009; Windish et al., 2007).
- Des Weiteren besteht Unsicherheit über die Wirksamkeit vieler in der Versorgung eingesetzter Verfahren, da in vielen Behandlungsfeldern der Gesundheitsfachberufe hochwertige Wirksamkeitsstudien fehlen. Insbesondere praxisnahe Studien sind kaum im deutschen Versorgungskontext durchgeführt worden, auch weil in Deutschland die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe im internationalen Vergleich stark verzögert erfolgt (vgl. Ewers et al., 2012). So schlussfolgern auch viele systematische Übersichtsarbeiten zu Fragestellungen der GFB, dass Wirksamkeitsnachweise zu der jeweils untersuchten Intervention noch nicht eindeutig genug sind, um die Behandlung für eine breite Implementation in der Routineversorgung zu empfehlen.
- Ein oft nicht berücksichtigtes Problem des Forschungs-Praxis-Transfers besteht darin, dass Fachpraktiker in der täglichen Arbeit weit mehr Erfordernisse erfüllen müssen, als „nur“ die neusten Studienergebnisse für eine optimierte Behandlung heranzuziehen. Die Rahmenbedingungen ihres beruflichen Handelns werden von gesetzlichen, ökonomischen und zeitlichen Begrenzungen sowie den Erwartungen ihrer Klienten, Kollegen und Vorgesetzten mitgeprägt. Ob Fachpraktiker ein intrinsisches Eigeninteresse entwickeln können, neueste und für ihre tägliche Arbeit relevante Forschungserkenntnisse dauerhaft umzusetzen, ist daher auch ein Frage der Rahmenbedingungen, der Unternehmenskultur

und der Innovationsfreudigkeit von Entscheidungsträgern und Teamkollegen (vgl. Novotná et al., 2012).

Eine Erörterung des Forschungs-Praxis-Transfers erfordert eine Reflexion aus verschiedenen Perspektiven. Aus Sicht der Forschung ist zu fragen, inwieweit ausreichend hochwertiges Wissen generiert und anwendungsreif aufbereitet wird. Der folgende Abschnitt „Klinische Studien“ gibt dazu einen ersten orientierenden Überblick für die Forschungsfelder der Pflege, Geburtshilfe, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

Aus Sicht der Praxis stellt sich die Frage, welche Faktoren die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Versorgungsroutine fördern und welche Hemmnisse dem entgegenstehen. In diesem Zusammenhang erörtert Kapitel 17.2 Erkenntnisse der Implementationsforschung und Verbesserungsvorschläge zur evidenzbasierten Praxis.

17.2 Klinische Studien

Im Folgenden wird zur Orientierung ein Überblick über Wirksamkeitsstudien in den Gesundheitsfachberufen gegeben. Der Überblick umfasst nicht den gesamten Forschungsbereich der GFB, sondern nur die sogenannten klinischen Studien, die Effekte von Interventionen bei Klienten mit Gesundheitsproblemen oder -risiken untersuchen. Fragen der Grundlagen-, Bildungs- und Gesundheitssystemforschung werden hier nicht berücksichtigt.

Klinische Studien in den GFB vergleichen die Wirkung von klar umrissenen präventiven, kurativen, rehabilitativen oder palliativen Beratungs-, Behandlungs- oder Pflegemaßnahmen auf a priori festgelegte Zielgrößen bzw. Endpunkte für ein definiertes Klientel (vgl. Evans et al., 2013). Eine typische Fragestellung für eine klinische Studie in den GFB lautet beispielsweise: Wie viel besser wirkt ein intensives ergotherapeutisches Hausbesuchsprogramm auf die Alltagsbewältigung von Menschen mit mittelgradiger Demenzerkrankung als ein einmaliger Beratungsbesuch? (vgl. Voigt-Radloff et al., 2011)

Die Interpretation von klinischen Studien erfordert sowohl forschungsmethodische Expertise als auch „berufspolitische Neutralität“, um ein angemessenes Bild über die tatsächliche Wirksamkeit einer Behandlungsmaßnahme zu erhalten. Der vorliegende Beitrag kann nur einige der wichtigsten Aspekte zur Interpretation von klinischen Studien anreißen und vertiefende Literatur dazu empfehlen.

- Bei der Interpretation von klinischen Studien geht es nicht um die Frage, ob die untersuchte Intervention originalgetreu eins zu eins übertragen werden kann. Entscheidend ist,

ob die Studienergebnisse durch angemessene Übertragung und Anpassung der Intervention an das meist etwas andere Setting in der Routineversorgung repliziert werden können (vgl. Rothwell, 2005; Windeler, 2008; Ioannidis, 2012).

- Die Problematik der klinischen Studien zu komplexen Interventionen wurde für das Feld der Medizin vom britischen Medical Research Council tiefergehend thematisiert[2]. Komplexe Interventionen bestehen aus mehreren miteinander interagierenden Interventionskomponenten, in denen oft auch mehrere beteiligte Personen miteinander interagieren. Ein Gelingen dieser Interaktionen ist sowohl von der Kompetenz und Manualtreue der Behandelnden als auch von der Compliance der Behandelten abhängig. Oft hat auch das Behandlungssetting einen erheblichen Einfluss. Diese Aspekte sind bei der Interpretation zu berücksichtigen und werden speziell für die GFB näher erläutert bei Voigt-Radloff et al. (2013).
- Es liegt ein schwerwiegender Fehler bei der Interpretation von klinischen Studien vor, wenn nicht die gesamte Bandbreite aller zum Thema existierender Untersuchungen herangezogen wird. Systematische Übersichtsarbeiten helfen diesen Fehler zu vermeiden, müssen aber auch mit entsprechender Sorgfalt durchgeführt und interpretiert werden. Anleitung für die Interpretation von systematischen Übersichtsarbeiten, also der Zusammenführung aller klinischer Studien zu einer konkreten Fragestellung, findet sich bei Murad et al. (2014). Freier Volltextzugang zu verständlichen Einführungen über Ziel, Aufbau und Qualität von Übersichtarbeiten findet sich beim Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin[3].
- Für die Übertragung von Ergebnissen aus systematischen Übersichtsarbeiten in die Versorgungsroutine hat sich das GRADE-Verfahren international etabliert (vgl. Schünemann, 2009). GRADE wird in einer umfassenden Artikelserie erläutert (vgl. Schünemann et al., 2012). Das Deutsche Cochrane Zentrum bietet Schulungen zur Erstellung und Interpretation von systematischen Übersichtsarbeiten und zum GRADE-Verfahren an (www.cochrane.de/de/veranstaltungen).

2 vgl. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance (14.10.2014).
3 www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/basics/methodik/amt (14.10.2014).

17.2.1 Internationale klinische Studien in systematischen Übersichtsarbeiten

Publizierte Übersichtsarbeiten über klinische Studien können im Hinblick auf Art und Qualität sehr unterschiedlich sein. Der Titel *Systematische Übersichtsarbeit* allein, sagt zu wenig über die Qualität der Arbeit aus, als dass die darin gezogenen Schlussfolgerungen ohne kritische Reflexion übernommen werden könnten. Jedoch hat die Cochrane Collaboration (www.cochrane.de) mit ihrem öffentlich zugänglichen Handbuch zu systematischen Übersichtsarbeiten international einen „Goldstandard" etabliert (www.cochrane.org/handbook) und gewährleistet hohe Qualität durch strukturierte Verfahren für die Titelregistrierung, die Vorabpublikation des Reviewprotokolls, die unabhängige Begutachtung des Reviewmanuskripts und die regelmäßige Aktualisierung publizierter Übersichtsarbeiten (vgl. Moseley et al., 2009). Ein sicherer und doch schneller Zugang zu Zusammenfassungen internationaler klinischer Studien der GFB kann daher über qualitätsgesicherte Cochrane Reviews erfolgen. Die Tab. 17.1 bis 17.5 geben einen ersten orientierenden Überblick, welche Cochrane Reviews im Bereich welches GFB existieren und welche Quellen zur detaillierteren Information herangezogen werden können.

PFLEGE
Quelle: http://cncf.cochrane.org/cochrane-reviews-nursing-care
Reviews zu medizinischen Fachgebieten in der Pflege Arbeitsmedizin (5), Chirurgie (17), Diabetologie (6), Gastroenterologie (8), Gynäkologie (65), HIV/AIDS (14), Kardiologie (12), Neonatologie (17), Nephrologie (5), Neurologie (17), Onkologie (13), Orthopädie (17), Pädiatrie (22), Psychiatrie (35) Pulmonologie (29), Urologie (7).
Reviews zu Versorgungsfeldern in der Pflege Allgemeine Pflege (18), Altenpflege (8), Ambulante Pflege (5), Intensivpflege (5), Mutter-Kind-Pflege (11), Notfallversorgung (6), Palliative Pflege (16), Pflege an Schulen (2), Präventive Pflege (30), Rehabilitative Pflege (11), Sexualität (4), Wundversorgung (10).
Reviews zu Versorgungsabläufen in der Pflege (23).

Tabelle 17.1: Quelle, Themen und Anzahl von Cochrane Reviews im Bereich Pflege

HEBAMMEN
Quelle: http://pregnancy.cochrane.org/our-reviews

HEBAMMEN
Reviews zur Schwangerschaft Ernährung (16), Fetale Erkrankungen (11), Gesundheitsverhalten (11), Grundversorgung (11), Infektionen (42), Medizinische Probleme (89), Mehrlingsschwangerschaften (10), Psychologisches Wohlergehen (7), Umgang mit Beschwerden (10) , Vorsorge (11).
Reviews zur Geburt Dystokie (13), Fehlgeburt (22), Fetale Fehllage (10), Fetale Gefährdung (23), Fetale Untersuchung (39), Frühgeburt (52), Geburtseinleitung (46), Kaiserschnitt (40), Nachgeburtliche Blutungen und Plazentaprobleme (10), Operative Vaginalgeburten (5), Perineale Schmerzen (6), Perineales Trauma (14), Schmerz (23), Versorgung während der Geburt (48), Vorzeitiger Blasensprung (8).
Reviews zur Zeit nach der Geburt Brustbeschwerden bei nicht stillenden Frauen (2), Geburtsnachsorge (25), Stillen (25).

Tabelle 17.2: Quelle, Themen und Anzahl von Cochrane Reviews im Bereich Hebammen

PHYSIOTHERAPIE
Quelle: Cochrane Reviews zur Physiotherapie (vgl. Bossmann/Braun, 2013)
Reviews zu medizinischen Fachgebieten in der Physiotherapie Geriatrie (10), Gynäkologie/Urologie (26), Innere Medizin (45), Orthopädie/Chirurgie (60), Neurologie (45), Onkologie (11), Pädiatrie (9), Prävention (6), Psychiatrie (6), Sonstige (4).

Tabelle 17.3: Quelle, Themen und Anzahl von Cochrane Reviews im Bereich Physiotherapie

ERGOTHERAPIE
Quelle: Qualitätsgesicherte systematische Übersichtsarbeiten zur Ergotherapie (vgl. Voigt-Radloff et al., 2014)
Reviews zu medizinischen Indikationen in der Ergotherapie Psychische und Verhaltensstörungen (11, davon 6 zu Demenz), Krankheiten des Nervensystems (6, davon 3 zu Multiple Sklerose), Krankheiten des Kreislaufsystems (24, davon 22 zu Schlaganfall), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (6, davon 4 zu Rücken-/Nackenschmerz), Verletzungen (3 zu Frakturen), Weitere Indikationen (11, davon 4 zu Sturzprävention).

Tabelle 17.4: Quelle, Themen und Anzahl von Cochrane Reviews im Bereich Ergotherapie

LOGOPÄDIE
Quelle: eigene Recherche in der Cochrane Library mit den Suchwörtern „speech or language therapy”
Reviews zu spezifischen Störungsbildern in der Logopädie Aphasie und Sprechapraxie nach Schlaganfall (2; Brady et al., 2012; West et al., 2005), Dysarthrie nach erworbenen nicht progressive Hirnschädigungen (2; Sellars et al., 2005; Morgan/Vogel, 2008a), Sprachtherapie bei Parkinson (2; Herd et al., 2012a; Herd et al., 2012b).
Reviews zur Logopädie bei Kindern Sprachtherapie mit Kindern (4; Law et al., 2003; Pennington et al., 2003; Morgan/Vogel, 2008b; Pennington et al., 2009)

Tabelle 17.5: Quelle, Themen und Anzahl von Cochrane Reviews im Bereich Logopädie

Um das Wissen aus systematischen Übersichtsarbeiten kontinuierlich in der Praxis nutzen zu können, sind weitere koordinierte Aktivitäten notwendig:

- eine Indexierung von möglichen, die untersuchte Intervention durchführenden Berufsgruppen schon bei der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten, sodass eine berufsspezifische Suche erleichtert wird;
- ein systematisches Screening nach berufsspezifisch relevanten Übersichtsarbeiten durch wissenschaftliche Mitarbeiter der jeweiligen Berufsverbände, wissenschaftlichen Gesellschaften oder Hochschulen mit entsprechenden Master- oder Promotionsstudiengängen (für erste Ansätze vgl. Bossmann/Braun, 2013; Voigt-Radloff et al., 2014);
- eine Sortierung der berufsspezifischen Übersichtsarbeiten nach
  - Indikationen (z. B. nach ICD-Schlüssel),
  - methodische Qualität der Reviews (z. B. nach AMSTAR Kriterien, vgl. Shea et al., 2009),
  - Konsistenz und Stärke der Effekte auf patientenorientierten Endpunkten,
  - Innovationspotenzial für die Versorgungsroutine.
- ein Relevanzranking, das die für Fachpraktiker unüberschaubare Menge (vgl.Bastian et al., 2010) an systematischen Reviews in drei Kategorien einteilt:
  - **Kategorie 1:** Reviews mit direkter Implikation für eine Implementation der untersuchten Interventionen in die Praxis. Hier sollten nutzerfreundliche (vgl. Santesso et

al., 2014; PLEACS, 2013) und deutschsprachige Zusammenfassungen bereitgestellt werden.

- **Kategorie 2:** Reviews, die darauf hinweisen, dass durch Forschungsprojekte die Versorgung verbessert würde. Hier könnte im Rahmen von sogenannten Potenzialanalysen (vgl. Voigt-Radloff et al., 2013; Voigt-Radloff et al., im Druck) analysiert werden, ob als nächster Schritt in der international etablierten Evaluationslinie[4] eine Machbarkeits-, Wirksamkeits- oder Implementationsstudie zu empfehlen ist.
- **Kategorie 3:** Reviews, die Evidenzlücken aufzeigen. Sie können als Evidenz Maps geordnet werden und damit einen prägnanten Überblick über grundlegenden Forschungsbedarf bieten.

17.2.2 Öffentliche Förderung klinischer Studien der Gesundheitsfachberufe in Deutschland

Bis auf die zeitlich begrenzte Förderung der Pflegeforschungsverbünde[5] existiert keine spezifische Förderung der GFB-Forschung vonseiten der Bundesministerien und großer Forschungsförderorganisationen. Im Rahmen anderer Programme wie etwa für die Versorgungsforschung und für integrierte Forschungs- und Behandlungszentren oder dem wiederkehrenden Programm „Klinische Studien der DFG“ wurden jedoch klinische Studien zu spezifischen GFB-Themen gefördert.

Auf einer Tagung des Wissenschaftsrats im September 2013 gab Voigt-Radloff einen ersten Überblick über die in diesem Bereich geförderten Studien.

- Programm Klinische Studien der DFG[6]
  - Pflege (0): Die DFG förderte im Rahmen eines Sonderforschungsbereichs die Forschung zur Interaktion von Pflege und Medizin im Krankenhaus.
  - Physiotherapie (3): Bewegungsübungen bei Herzinsuffizienz, Ausdauertraining bei Dialyse, Spiegelneurone und motorische Funktion bei Schlaganfall.
  - Ergotherapie (3): Alltags- oder Kompetenztraining bei Demenz, Schizophrenie, Autismus und Übergewicht.

4 www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance (14.10.2014).
5 http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1216.php (14.10.2014).
6 http://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/programme/klinische_studien/liste_gefoerderte_klinische_studien.pdf (14.10.2014).

- Verschiedene Programme des Bundesforschungsministeriums und des Bundesgesundheitsministeriums (z. B. Versorgungsforschung[7], klinische Studien[8], Prävention[9], Gesundheit im Alter[10], chronische Krankheiten und Patientenorientierung) förderten Studien zu Themen der Physio- oder Ergotherapie,
  - Schlaganfallpatienten (5): Ausdauertraining, zusätzliches Fitnesstraining, Spiegeltherapie, Online-Feedbackverfahren, erzwungener Nichtgebrauch der gesunden Seite;
  - Rückenschmerz (2): Implementation eines Schulungsprogramms, Evaluation einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie;
  - Mobilität bei Älteren (3): häusliches Bewegungsprogramm, geriatrisches Mobilitäts-Centrum, Förderung körperlicher Aktivität bei Multimorbidität;
  - Rheuma (1): gestufte bewegungsorientierte Rehabilitation;
  - Herzerkrankung (1): Rehabilitation am Arbeitsplatz
  - Demenz (2): häusliche Ergotherapie;
  - systematische Reviews (3): elektromechanisch-assistiertes Gehtraining und Spiegeltherapie bei Schlaganfall sowie Bewegungsrepräsentationstechniken gegen Schmerzen.
- Programme des Bundesforschungsministeriums zur Versorgungsforschung für Familiengesundheit und zu integrierten Forschungs- und Behandlungszentren.
  - Hebammen (1): Das Forschungskolleg „FamiLe" untersucht den Umgang von Familien mit Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Lebens- und Familienphasen.
  - Logopädie bei Aphasie (2): Kommunikationstherapie und hochfrequentes Sprachtraining und elektrische Hirnstimulation.

Eine weitere Möglichkeit, einen orientierenden Überblick über in Deutschland laufende oder kürzlich abgeschlossene Drittmittelprojekte zu gewinnen, bietet der GFB-Innovatoren-Atlas des Deutschen Cochrane Zentrums.[11]

Insgesamt kann konstatiert werden, dass klinische Studien auch zu komplexen Interventionen der GFB in Deutschland prinzipiell möglich sind und bereits gefördert und erfolgreich

---

7 http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4501.php und http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4337.php (14.10.2014).

8 http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4312.php (14.10.2014).
9 http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1715.php (14.10.2014).
10 http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4329.php (14.10.2014).
11 www.cochrane.de/de/innovatoren-atlas (Stand Februar 2014).

durchgeführt wurden. Jedoch ist der Abstand zum internationalen Forschungsfeld immens, z. T. in der Qualität der Studien, aber insbesondere in der Anzahl. Dies ist auch in der verzögerten und begrenzten Akademisierung der GFB in Deutschland begründet. Während international die Ausbildung aller hier angeführten GFB bereits seit Jahren auf Hochschulniveau stattfindet, empfiehlt der Wissenschaftsrat für die GFB in Deutschland eine zukünftig erst noch zu realisierende Akademisierungsquote von 10 bis 20 %. Auch das Verständnis und die Antizipation von Forschungsergebnissen in der Versorgungsroutine erfordern den akademisierten reflektierten Fachpraktiker. Daher ist für eine Optimierung des Forschungs-Praxis-Transfers eine weiterführende Akademisierung der GFB unabdingbar.

17.3 Optimierung des Forschungs-Praxis-Transfers

Evidenzbasierte Praxis, also der Einbezug wissenschaftlich abgesicherter Erkenntnisse in die individuelle Behandlungsentscheidung, erfordern in vielen Fällen eine Veränderung des professionellen Handelns insbesondere dann, wenn Studienergebnisse konsistent nahelegen, dass eine untersuchte neue Therapie bessere Effekte erzielt als die bisherige Routinebehandlung. Bereits 2003 gaben Grol & Grimshaw einen guten Überblick über die Schwierigkeiten und Möglichkeiten, von bester Evidenz zu bester Praxis zu gelangen. Sie berichten, dass der traditionelle Ansatz Forschungsergebnisse in die praktische Umsetzung zu bringen, nämlich Evidenz systematisch zu identifizieren, optimal zusammenzufassen und zielgruppengerecht aufzubereiten, nicht ausreicht, um professionelles Handeln dauerhaft zu verändern. Denn neue Behandlungsansätze erfordern oft nicht nur komplexe Veränderungen im individuellen Handeln, sondern auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit und bei der Organisation von Versorgungsabläufen. Das Herbeiführen von Veränderungen nicht nur auf der Ebene des individuellen Handelns, sondern auch auf den Ebenen des Teams, der Organisation und der Umfeldbedingungen, ist eine klassische Fragestellung der Implementationsforschung. Darüber hinaus darf der Erfolg eines optimierten Forschungs-Praxis-Transfers nicht nur an einem verbesserten professionellen Handeln gemessen werden (vgl. Bernhardsson et al., 2014), sondern muss vielmehr auch zur Verbesserung der Klientensituation beitragen (vgl. Köpke et al., 2012).

17.3.1 Erkenntnisse aus der Implementationsforschung

Zur Wirkung von Implementationsmaßnahmen auf ein verändertes Verhalten der Behandelnden und auf die Gesundheit der Klienten hält insbesondere die Cochrane Effective Practice and Or-

ganisation of Care Group Übersichtsarbeiten und Materialien vor (http://epoc.cochrane.org/). Verschiedene Arten von Interventionen und Strategien zur Implementation von Verhaltensveränderungen in der Routineversorgung sind in der EPOC Taxonomy (2002) beschrieben und kategorisiert sowie in einer speziellen Datenbank recherchierbar.[12]

Maßnahmen mit positiven Effekten sind Audits und Feedback (vgl. Ivers et al., 2012), Fortbildungsveranstaltungen (vgl. Forsetlund et al., 2009), edukative Expertenbesuche (vgl. O'Brien et al., 2007), Nutzung von lokalen Meinungsführern (vgl. Flodgren et al., 2011), Veränderungsbarrieren identifizieren und gezielt abbauen (vgl. Baker et al., 2010), elektronische Erinnerungen (vgl. Shojania et al., 2009), spezifische Personaleinsatzplanung für Pflegekräfte im Krankenhaus (vgl. Butler et al., 2011) und interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. Zwarenstein et al., 2009). Für einige klassische Maßnahmen wurden allerdings keine oder nur unklare Effekte gefunden: Gedrucktes Lehrmaterial (vgl. Giguère et al., 2012), interprofessionelle Fortbildung (vgl. Reeves et al., 2008), Veröffentlichung von Qualitätsdaten (vgl. Ketelaar et al., 2011), oder elektronischer Zugang zu Informationen (vgl. McGowan et al., 2009).

Zur weiterführenden Vertiefung in die Ergebnisse der Implementationsforschung sind ausgewählte Referenzen in Tab. 17.6 thematisch zusammengestellt.

Einführende Arbeiten
Curran JA, Grimshaw JM, Hayden JA, Campbell B. **Knowledge translation research**: the science of **moving research into policy and practice**. J Contin Educ Health Prof. 2011 Summer; 31(3): 174–80.
Harvey G. The many meanings of evidence: implications for the **translational science** agenda **in healthcare**. Int J Health Policy Manag. 2013 Sep 21; 1(3): 187–88.
Arbeiten mit deutscher Beteiligung
Breimaier HE, Halfens RJ, Wilborn D, Meesterberends E, Haase Nielsen G, Lohrmann C. **Implementation** Interventions Used **in Nursing Homes** and **Hospitals**: A Descriptive, Comparative Study between Austria, **Germany**, and The Netherlands. ISRN Nurs. 2013 Jul 14; 2013:706054.
Fleischer N, Klewer, J. (2011). Untersuchung des Ernährungsmanagements vor und während der **Implementierung** des nationalen **Expertenstandards** Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der **Pflege** in einer stationären Altenpflegeeinrichtung. HeilberufeScience, 2(4), 143–149.

12 Rx for change database: http://www.cadth.ca/media/pdf/2.20.0.1-Rx_for_Change_FactSheet_e.pdf (14.10.2014).

Hoben M, Mahler C, Bär M, Berger S, Squires JE, Estabrooks CA, Behrens J. **German translation** of the Alberta Context Tool and two **measures** of **research use**: methods, challenges and lessons learned. BMC Health Serv Res. 2013 Nov 16; 13:478.

Nothacker M, Muche-Borowski C, Kopp I, Selbmann HK, Neugebauer EA. Leitlinien – Attraktivität, Implementierung und Evaluation. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2013; 107(2): 164–169.

Rabady S. Praxisempfehlungen „EbM-**Guidelines für Allgemeinmedizin**": Erste Erfahrungen mit **Implementierung** und Akzeptanz. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2009; 103(1): 27–33.

Wilborn D., Halfens R, Dassen T, Tannen A. (2010). Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen und Kliniken – Welche Rolle spielt der Nationale **Expertenstandard** Dekubitusprophylaxe in der **Pflege**? Gesundheitswesen, 72, 240–245.

Wolke R. "Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen **Expertenstandard** „Förderung der Harnkontinenz in der **Pflege**"." Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 16.01 (2011): 27–34.

Allgemeine internationale Übersichtsarbeiten

Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the **implementation** of clinical **guidelines** for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008 Sep 12; 8:38.

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of **guideline** dissemination and **implementation** strategies. **Health Technol Asses**s. 2004 Feb; 8(6): iii-iv, 1–72. Review. PubMed PMID: 14960256.

Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, Roberts NW, Straus SE. Interventions to improve the **use of systematic reviews** in decision-making **by health system managers, policy makers and clinicians**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD009401.

Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, Glass JE, York JL. A compilation of **strategies for implementing clinical innovations** in health and mental health. Med Care Res Rev. 2012 Apr; 69(2): 123–57.

Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical **guideline implementation** strategies—a **synthesis of** systematic **review** findings. J Eval Clin Pract. 2008 Oct; 14(5): 888–897.

Internationale Studien und Übersichtsarbeiten mit versorgungsspezifischen Ergebnissen

Barbui C, Girlanda F, Ay E, Cipriani A, Becker T, Koesters M. Implementation of treatment guidelines for **specialist mental health care**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD009780. DOI: 10.1002/14651858.CD009780.pub2.

Bernhardsson S, Larsson ME, Eggertsen R, Olsén MF, Johansson K, Nilsen P, Nordeman L, van Tulder M, Öberg B. Evaluation of a tailored, multi-component intervention for **implementation** of evidence-based clinical practice **guidelines** in primary care **physical therapy**: a non-randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. 2014 Mar 4; 14: 105.

Becker EM, Smith AM, Jensen-Doss A. Who's using treatment manuals? A national survey of **practicing therapists**. Behav Res Ther. 2013 Oct; 51(10): 706–710.

Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID, Vandyk AD, Keeping-Burke L. Turning knowledge into action at the point-of-care: the collective experience of **nurses** facilitating the **implementation of evidence-based practice**. Worldviews Evid Based Nurs. 2013 Aug; 10(3): 129–139.

Donnellan C, Sweetman S, Shelley E. Health professionals' **adherence to stroke clinical guidelines**: a review of the literature. Health Policy. 2013 Aug; 111(3): 245–263.

Franx G, Niesink P, Swinkels J, Burgers J, Wensing M, Grol R. Ten years of **multidisciplinary mental health guidelines in the Netherlands**. Int Rev Psychiatry. 2011 Aug; 23(4): 371–378.

Hadely KA, Power E, O'Halloran R. **Speech pathologists'** experiences with **stroke** clinical practice guidelines and the barriers and facilitators influencing their use: a national descriptive study. BMC Health Serv Res. 2014 Mar 6; 14: 110.

Lizarondo L, Grimmer-Somers K, Kumar S. A systematic review of the individual determinants of research **evidence use in allied health**. J Multidiscip Healthc. 2011; 4: 261–272.

Medves J, Godfrey C, Turner C, Paterson M, Harrison M, MacKenzie L, Durando P. Systematic review of practice **guideline** dissemination and **implementation** strategies for healthcare teams and **team-based practice**. Int J Evid Based Healthc. 2010 Jun; 8(2): 79–89.

Scott SD, Albrecht L, O'Leary K, Ball GD, Hartling L, Hofmeyer A, Jones CA, Klassen TP, Kovacs Burns K, Newton AS, Thompson D, Dryden DM. Systematic review of **knowledge translation** strategies in the **allied health professions**. Implement Sci. 2012 Jul 25; 7: 70.

Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L. Individual **determinants** of **research utilization by nurses**: a systematic review update. Implement Sci. 2011 Jan 5; 6: 1. doi: 10.1186/1748-5908-6-1.

Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. **Guidelines** in **professions allied** to medicine. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 1. Art. No.: CD000349. (Die Publikation eines Updates ist für Anfang 2015 angekündigt)

Internationale Studien und Übersichtsarbeiten mit Ergebnissen zu spezifischen Implementationsstrategien

Hier sind auch die oben zitierten EPOC-Reviews zu nennen:
Ivers 2012, Forsetlund 2009, O'Brien 2007, Flodgren G 2011, Baker 2010, Shojania 2009, Butler 2011, Zwarenstein 2009, Giguère 2012, Reeves 2008, Ketelaar 2011, McGowan 2009.

Cheung A, Weir M, Mayhew A, Kozloff N, Brown K, Grimshaw J. Overview of systematic reviews of the effectiveness of **reminders** in improving healthcare professional behavior. Syst Rev. 2012 Aug 16; 1: 36.

Colquhoun HL, Brehaut JC, Sales A, Ivers N, Grimshaw J, Michie S, Carroll K, Chalifoux M, Eva KW. A systematic review of the **use of theory** in randomized controlled trials of **audit and feedback**. Implement Sci. 2013 Jun 10; 8: 66.

Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve **guideline use**? A conceptual **framework of implementability**. Implement Sci. 2011 Mar 22; 6: 26.

Henderson J, Brownlie E, Rosenkranz S, Chaim G, Beitchman J. Integrated Knowledge **Translation** and Grant Development: Addressing the Research Practice Gap **through Stakeholder-informed Research**. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 Nov; 22(4): 268–274.

Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. **Developing partnerships** in mental health to bridge the research-practitioner gap. Perspect Psychiatr Care. 2011 Jan; 47(1): 6–12.

Khan S, Timmings C, Moore JE, Marquez C, Pyka K, Gheihman G, Straus SE. The development of an **online** decision **support tool for organizational readiness for change**. Implement Sci. 2014 May 10; 9: 56.

Ovretveit J, Hempel S, Magnabosco JL, Mittman BS, Rubenstein LV, Ganz DA. Guidance for **research-practice partnerships** (R-PPs) and collaborative research. J Health Organ Manag. 2014; 28(1): 115–126.

Pantoja AF, Britton JR. An evidence-based, multidisciplinary process for implementation of potentially better practices using a **computerized medical record**. Int J Qual Health Care. 2011 Jun; 23(3): 309–316.

Vaughan JI, Jeffery HE, Raynes-Greenow C, Gordon A, Hirst J, Hill DA, Arbuckle S. A method for developing standardised **interactive education** for complex clinical guidelines. BMC Med Educ. 2012 Nov 6; 12: 108.

Tabelle 17.6: Ausgewählte Publikationen zur Implementationsforschung (Hervorhebungen durch die Verfasser)

Voigt-Radloff et al. (2013) fassten Theorien und Maßnahmen der Implementationsforschung bezogen auf die Einführung komplexer Interventionen der GFB zusammen. Die wesentliche Modelle der Implementationsforschung (vgl. PARIHS: Stetler et al., 2011; Helfrich et al., 2010; CFIR: Damschroder et al., 2009; Cook et al., 2012; TDF: Michie et al., 2005; Francis et al., 2012) beschreiben Faktoren, die je nach negativer oder positiver Ausprägung die Implementation neuer Interventionen hemmen oder fördern können, und zwar auf den Ebenen der Intervention, der Behandelnden und Klienten sowie des Kontexts.

Die im Folgenden dargestellten konkreten Fragen zur Ermittlung hemmender oder fördernder Faktoren sind entnommen aus Voigt-Radloff et al. (2013, S. 31 f.).

Fragen zur Intervention

- Evidenz und erwartete Wirkung
  - Sind die Entscheidungsträger und Anwender überzeugt, dass die neue Intervention mit großer Wahrscheinlichkeit bessere Behandlungseffekte erzielt als die bisherigen Maßnahmen?

  - Sind die erwarteten Verbesserungen klientenzentriert und können sie auch in der Routineversorgung konkret beobachtet bzw. erfasst werden?
- Einführung
  - Stehen Manual, Einführungsschulungen und Unterstützung vor Ort während der Einarbeitungsphase problemlos zur Verfügung?
  - Wie viel Zeit und welches Budget werden für Einführung und Einarbeitung benötigt?
- Anwendbarkeit
  - Sind die Manualvorgaben flexibel genug, um die Anwendungsmodalitäten an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen?
  - Lässt sich die neue Intervention in kleinerem Umfang ausprobieren, ohne etablierte Arbeitsprozesse radikal umstellen zu müssen?
  - Sind Veränderungen in den Arbeitsprozessen wieder rückgängig zu machen, wenn der Implementationsversuch nicht den gewünschten Erfolg erzielt?
- Aufwand
  - Wie hoch ist der Ressourcenverbrauch für die Routineanwendung der neuen Intervention (Zeit, Personal, geforderte Weiterqualifikationen, Räumlichkeiten, Geräte u. Ä.)?
  - Wird die Anwendung der neuen Intervention einen eher großen oder eher kleinen Teil der Routinearbeitszeit bestimmen?

Fragen zu Behandelnden und Klienten

- Welche beruflichen Eigenschaften der Behandelnden werden die Implementation voraussichtlich erschweren oder erleichtern?
  - Berufserfahrung
  - einrichtungsübergreifende Vernetzung in der Fachwelt
  - spezifische Qualifikationen
  - Expertise hinsichtlich der neuen Intervention
  - Unzufriedenheit über bisherige Behandlungsmöglichkeiten
  - Engagement und Vorgehensweise bei der Bewältigung beruflicher Aufgaben
  - Stellung im Team
  - aktueller Belastungsgrad

  - berufliche Wertvorstellungen, Interessen oder Prioritäten, die der Implementation entgegenstehen
- Welche persönlichen Eigenschaften der Behandelnden werden die Implementation voraussichtlich erschweren oder erleichtern?
  - intellektuelles Leistungsniveau
  - Motivation und Bereitschaft, Fertigkeiten zu erwerben und Wissen mit anderen zu teilen
  - Innovationsfreude
  - Vertrauen in die eigene Kompetenz (Selbstwirksamkeit)
- Klienten
  - Für welche und wie viele Klienten der Einrichtung ist die neue Intervention indiziert?
  - Sehen die Klienten für sich Bedarf für diese Intervention?
  - Passt die neue Intervention zu den Bedürfnissen und Wertvorstellungen von vielen Klienten der Einrichtung?

Fragen zum Kontext

- Rahmenbedingungen
  - Ist die Implementation der neuen Intervention gesetzlich vorgeschrieben oder in Richtlinien von Kostenträgern gefordert? Wird sie in Leitlinien empfohlen?
  - Wird die Durchführung der neuen Intervention gesondert vergütet?
  - Besteht Konkurrenzdruck, weil andere Anbieter sie bereits eingeführt haben?
- Einrichtung
  - Besteht in der Einrichtung ein hoher Bedarf an Veränderung?
  - Welche Bereitschaft, Erfahrung und Expertise liegen in der Einrichtung vor, zum einen für Innovationen generell, zum anderen für die Einführung der ausgewählten neuen Intervention?
  - Kann die Einrichtung die notwendigen Ressourcen für die Einführung der neuen Intervention und für deren Anwendung in der Routine aufbringen?
  - Ist die Unterstützung von Vorgesetzten bzw. Entscheidungsträgern gesichert?
  - Ist mit Widerständen bestimmter Gruppen oder formeller oder informeller Meinungsführer zu rechnen?

17.3.2 Schritte zur Optimierung des Forschungs-Praxis-Transfers

Statt des traditionellen, oft hierarchischen und eindimensionalen Transfers von der Forschung zur Praxis erfordert die Optimierung des Forschungs-Praxis-Transfers ein gegenseitiges Aufeinanderzubewegen, eine reziproke Kooperation (vgl. Henderson et al., 2013).

- Mögliche Schritte der Forschung in Richtung Praxis
  - Der klassische Ansatz der Aufbereitung von Forschungsergebnissen für bestimmte Zielgruppen sollte noch praxisnäher und berufsspezifischer realisiert werden. Konkret würde das für die GFB bedeuten, dass die englischsprachigen Internetseiten, die bereits jetzt schon pflege- und hebammenspezifische Reviews listen[13] auch in deutscher Sprache und analog für die Berufe Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie vorgehalten und stets aktualisiert werden müssten. Im Sinne eine Portals für evidenzbasierte Praxis können diese Reviews jedoch noch nutzerfreundlicher aufbereitet werden, indem sie (1) nach Stärke der Effekte, Qualität der Evidenz und Relevanz für die Versorgung priorisiert, (2) bei besonderer Relevanz zusammengefasst ins Deutsche übertragen und (3) insgesamt praxisnah recherchierbar zur Verfügung gestellt werden (vgl. Dicenso et al., 2009).
  - Forschungsförderer könnten bei der Ausschreibung von Forschungsprojekten die Beteiligung von Fachpraktikern und Klientenvertretern an der Studienplanung einfordern. Jedoch wären für diese aufwendigen Prozesse der Beteiligung und für die Kooperation von Forschern und „Wissenschaftslaien" auch gesondert Mittel und Zeitressourcen zur Verfügung zu stellen. Brett et al. (2012) erörtern Vorteile und Schwierigkeiten solcher Beteiligungsprozesse. Mit der Etablierung des PCORI (Patient-Centered Outcomes Research Institute, www.pcori.org) unterstützt die US-amerikanische Regierung hier neue Wege der patientenorientierten Forschung mit erheblichen Fördermitteln.
  - Ausgehend von Forschungsförderern und Wissenschaftlern der klinischen Forschung könnten für die GFB sogenannte praxisbasierte Forschungsnetzwerke etabliert werden. Dies sind Zusammenschlüsse von Versorgungsinstitutionen und Forschungseinrichtungen, um methodisch hochwertige Untersuchungen auch im Kontext der

13 http://cncf.cochrane.org/cochrane-reviews-nursing-care und http://pregnancy.cochrane.org/our-reviews (14.10.2014).

Routineversorgung zu organisieren (vgl. Green/Dovey, 2001; Hartung et al., 2012; Hummers-Pradier et al., 2012).

- Forschungsprioritäten, -planung und -methoden werden hier zwischen Forschern und Praktikern abgestimmt. Idealerweise sollten Forschungsbedarfe und Prioritäten aus Sicht der Praxis auch mit Forschungsförderern kommuniziert werden. Machbarkeitsstudien mit Vorabprüfung des Behandlungsprogramms, des Evaluationskonzeptes oder des Zugangs zur Zielpopulation (vgl. Bowen et al., 2009) sowie pragmatische Wirksamkeitsstudien (vgl. Chalkidou et al., 2012) mit Cluster-Randomisierung oder Implementationsstudien mit Stepped-Wedge Design (vgl. Reuther et al., 2014) können hier besondere Berücksichtigung finden.
- Die in Deutschland etablierten Prozeduren für die Entwicklung und Pilotimplementierung von Expertenstandards in der Pflege (vgl. DNQP, 2011) könnten ein adaptierbares Modell sein für die Beteiligung von Fachpraktikern bei der Aufbereitung internationaler Evidenzen zu berufsspezifischen Handlungsanweisungen sowie deren Implementierung im Rahmen von Implementationsstudien innerhalb praxisbasierter Forschungsnetzwerke.

■ Mögliche Schritte der Praxis in Richtung Forschung

- Versorgungsinstitutionen der GFB könnten sich proaktiv an praxisbasierten Forschungsnetzwerken beteiligen. Hierzu könnte das in Deutschland etablierte Konzept der akademischen Lehrkrankenhäuser oder akademischen Arztpraxen auf die GFB im Bereich Forschung übertragen werden. Innovative therapeutische Forschungspraxen und -abteilungen, Forschungspflegedienste und -stationen sowie Forschungshebammen und geburtshilfliche Einrichtungen könnten im Rahmen von praxisbasierten Forschungsnetzwerken zu dauerhaften Kooperationsstrukturen aufgebaut werden. Analog zur Qualifikation zum Studienarzt[14] könnten Berufsverbände der GFB Fortbildungskurse organisieren, die Fachpraktiker zur Teilnahme an versorgungsnahen Studien qualifizieren. Hochschulen könnten für akademisierte Fachpraktiker der GFB eine Zusatzqualifikation oder Kurse mit Schwerpunkt „Studienkoordination“ anbieten. So qualifizierte GFB-Studienkoordinatoren sollten in bereits existierenden oder zu gründenden regionalen und berufsspezifischen Netzwerken der GFB-Versor-

14 Vgl. z. B. http://www.uniklinik-freiburg.de/zks/aus-weiter-und-fortbildung/prueferkurse.html (14.10.2014).

gungsinstitutionen integriert sein, sodass kontinuierlich kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen, wenn von Seiten der Forschung GFB-Versorgungsinstitutionen für neue Projekte gesucht werden.

– Die Fortbildungslandschaft für Fachpraktiker der GFB könnte durch wissenschaftlich unterstützten Wissens- und Technologietransfer in Richtung evidenzbasiertes Veränderungsmanagement weiterentwickelt werden. Die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer der GFB-Versorgunginstitutionen sollten gleichermaßen Interesse daran haben, wissenschaftlich als wirksam belegte Therapieansätze in die Arbeitsroutine zu integrieren. Mithilfe des oben skizzierten Portals für evidenzbasierte Praxis könnten sie Fortbildungsangebote kritisch danach sichten, ob tatsächlich evidenzbasierte Interventionen angeboten werden. Akademien der Berufsverbände könnten eine Vorreiterfunktion einnehmen, indem sie (1) die Evidenzbasis ihrer Fortbildungen prüfen, (2) Fortbildungsinteressierte und Arbeitgebervertretungen standardmäßig über evidenzbasierte Fortbildungsveranstaltungen informieren und (3) wissenschaftlich unzureichend belegte Angebote aus ihrem Programm streichen. Innovative Arbeitgeber könnten ihre Angestellten insbesondere für evidenzbasierte Fortbildungsveranstaltung freistellen und damit wirksame Veränderung der Versorgungsroutine in ihrer Institution initiieren. So können Qualitätsverbesserungsmaßnahmen der Arbeitgeber und Fortbildungsinteressen der Arbeitnehmer Synergien entwickeln, die von der Implementationsforschung im Sinne von „Care-Studien“ (Raymond et al., 2014) oder cluster-randomisierten Implementationsstudien unterstützt werden können.

Dauerhafte praxisbasierte Forschungsnetzwerke können für die Optimierung des Forschungs-Praxis-Transfers eine tragfähige Grundlage bilden. Forscher, die in solchen Netzwerken wiederholt die Facetten guter oder schlechter Bedingungen der Versorgungsroutine wahrnehmen, und Fachpraktiker, die durch mehrfache Studienteilnahme die unterschiedlichen Methoden und Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen erleben, können gemeinsam mit Klientenvertretern eine Kultur der reziproken Kommunikation und Kooperation aufbauen.

Literatur

Airey, J./Linder, C. (2006). *Language and the experience of learning university physics in Sweden.* European Journal of Physics, 27 (3), S. 553.

Baker, R./Camosso-Stefinovic, J./Gillies, C./Shaw, E. J. et al. (2010). *Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 17 (3). http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005470.pub2/abstract (06.10.2014).

Bastian, H./Glasziou, P./Chalmers, I. (2010). *Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up?* PLoS Med, 7 (9). http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000326 (06.10.2014).

Bernhardsson, S./Larsson, M. E./Eggertsen, R./Olsén, M. F. et al. (2014). *Evaluation of a tailored, multi-component intervention for implementation of evidence-based clinical practice guidelines in primary care physical therapy: a non-randomized controlled trial.* BMC Health Serv Res., 14 (105). http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/105 (06.10.2014).

Bossmann, T./Braun, C. (2013). *Welche Cochrane Reviews gibt es zu physiotherapeutischen Interventionen?* Zeitschrift für Physiotherapeuten, 65 (1, 2, 3, 4). Teil 1: Fachgebiete Orthopädie/Chirurgie. pt_ Zeitschrift für Physiotherapeuten, 65 (1), S. 16-23. Teil 2: Fachgebiete Neurologie/Psychiatrie. 65 (2), S. 17-25. Teil 3: Fachgebiete Innere Medizin und Onkologie. 65 (3), S. 19-28. Teil 4: Fachgebiete Gynäkologie, Urologie, Geriatrie, Pädiatrie, Prävention und sonstige Bereiche. 65 (4), S. 17-26.

Bowen, D. J./Kreuter, M./Spring, B./Cofta-Woerpel, L. et al. (2009). *How we design feasibility studies.* Am J Prev Med. 2, 36 (5), S. 452–457.

Brady, M. C./Kelly, H./Godwin, J./Enderby, P. (2012). *Speech and language therapy for aphasia following stroke.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 16 (5). 10.1002/14651858.CD000425.pub3 (06.10.2014).

Brett, J./Staniszewska, S./Mockford, C./Herron-Marx, S. et al. (2012). *Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review.* Health Expect, 17 (5), S. 637–650.

Butler, M./Collins, R./Drennan, J./Halligan, P. et al. (2011). *Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 6 (7). 10.1002/14651858.CD007019.pub2 (06.10.2014).

Chalkidou, K./Tunis, S./Whicher, D./Fowler, R. et al. (2012). *The role for pragmatic randomized controlled trials (pRCTs) in comparative effectiveness research.* Clin Trials, 9 (4), S. 436–446.

Cook, J. M./O'Donnell, C./Dinnen, S./Coyne, J. C. et al. (2012). *Measurement of a model of implementation for health care: toward a testable theory.* Implementation Science, 7 (59). 10.1186/1748-5908-7-59 (06.10.2014).

Damschroder, K./Aron, D./Keith, R./Kirsh, S. et al. (2009). *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science.* Implementation Science, 4 (50). 10.1186/1748-5908-4-50 (06.10.2014).

Dicenso, A./Bayley, L./Haynes, R. B. (2009). *Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model.* Evid Based Nurs., 12 (4), S. 99–101.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2011). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Version März 2011.* http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/DNQP_Methodenpapier.pdf (06.10.2014).

EPOC Taxonomy of professional and organisational interventions (2002). http://epoc.cochrane.org/epoc-author-resources (06.10.2014).

Evans, I./Thornton, H./Chalmers, I./Glasziou, P. (2013) *Wo ist der Beweis? Plädoyer für eine evidenzbasierte Medizin.* Deutsche Ausgabe hrsg. v. Gerd Antes. Bern: Hans Huber. http://de.testingtreatments.org/tt-main-text/6-faire-tests-von-therapien/ (06.10.2014).

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W. et al. (2012). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137 (2), S. 37–73.

Flodgren, G./Parmelli, E./Doumit, G./Gattellari, M. et al. (2011). *Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 8. 10.1002/14651858.CD000125.pub4 (06.10.2014).

Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G. et al. (2009). *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2. 10.1002/14651858.CD003030.pub2 (06.10.2014).

Francis, J. J./O'Connor, D./Curran, J. (2012). *Theories of behaviour change synthesised into a set of theoretical groupings: introducing a thematic series on the theoretical domains framework.* Implementation Science, 7 (35).

Galandi, D./Schwarzer, G./Antes, G. (2006). *The demise of the randomised controlled trial: bibliometric study of the German-language health care literature, 1948 to 2004.* BMC Medical Research Methodology, 6 (30).

Giguère, A./Légaré, F./Grimshaw, J./Turcotte, S. et al. (2012). *Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 10. 10.1002/14651858.CD004398.pub3 (06.10.2014).

Green, L. A./Dovey, S. M. (2001). *Practice based primary care research networks. They work and are ready for full development and support.* BMJ, 322 (7286), S. 567–568.

Grol, R./Grimshaw, J. (2003). *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care.* Lancet, 362 (9391), S. 1225–1230.

Gulbrandsen, P./Schroeder, T. V./Milerad, J./ Nylenna, M. (2002). *Paper or screen, mother tongue or english: Which is better?: a randomized trial.* JAMA 287 (21), S. 2851–2853.

Hartung, D. M./Guise, J.-M./Fagnan, L. J./Davis, M. M. et al. (2012). *Role of practice-based research networks in comparative effectiveness research.* J Comp Eff Res, 1 (1), S. 45–55.

Helfrich, C. D./Damschroder, L. J./Hagedorn, H. J./Daggett, G. S. et al. (2010). *A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework.* Implementation Science, 5 (82). 10.1186/1748-5908-5-82 (06.10.2014).

Henderson, J./Brownlie, E./Rosenkranz, S./Chaim, G. et al. (2013). *Integrated Knowledge Translation and Grant Development: Addressing the Research Practice Gap through Stakeholder-informed Research.* J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 22 (4), S. 268–274.

Herd, C. P./Tomlinson, C. L./Deane, K. H./Brady, M. C. et al. (2012a). *Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 8. 10.1002/14651858.CD002814.pub2 (06.10.2014).

Herd, C. P./Tomlinson, C. L./Deane, K. H./Brady, M. C. et al. (2012b). *Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 8. 10.1002/14651858.CD002812.pub2 (14.10.2014).

Hummers-Pradier, E./Bleidorn, J./Schmiemann, G./Joos, S. et al. (2012). *General practice-based clinical trials in Germany – a problem analysis*. Trials, 13 (205).

Ioannidis, J. P. (2012). *Scientific inbreeding and same-team replication: type D personality as an example.* Journal of Psychosomatic Research, 73 (6), S. 408–410.

Ivers, N./Jamtvedt, G./Flottorp, S./Young, J. M. et al. (2012). *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 6. 10.1002/14651858.CD000259.pub3 (06.10.2014).

Ketelaar, N. A./Faber, M. J./Flottorp, S./Rygh, L. H. et al. (2011). *Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 11. 10.1002/14651858.CD004538.pub2 (06.10.2014).

Köpke, S./Mühlhauser, I./Gerlach, A./Haut, A. et al. (2012). *Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial.* JAMA. 307 (20), S. 2177–2184.

Law, J./Garrett, Z./Nye, C. (2003). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD004110 (06.10.2014).

McGowan, J./Grad, R./Pluye, P./Hannes, K. et al. (2009). *Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD004749.pub2 (06.10.2014).

Michie, S./Johnston, M./Abraham, C./Lawton, R. et al. (2005). *"Psychological Theory" Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach.* Quality and Safety in Health Care, 14 (1), S. 26–33.

Morgan, A. T./Vogel, A. P. (2008a). *Intervention for dysarthria associated with acquired brain injury in children and adolescents.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD006279.pub2 (06.10.2014).

Morgan, A. T./Vogel, A. P. (2008b). *Intervention for childhood apraxia of speech.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD006278.pub2 (06.10.2014).

Moseley, A. M./Elkins, M. R./Herbert, R. D./Maher, C. G. et al. (2009). *Cochrane reviews used more rigorous methods than non-Cochrane reviews: survey of systematic reviews in physiotherapy.* Journal of Clinical Epidemiology, 62 (10), S. 1021–1030.

Murad, M. H./Montori, V. M./Ioannidis, J. P./Jaeschke, R. et al. (2014). *How to read a systematic review and meta-analysis and apply the results to patient care: users' guides to the medical literature.* JAMA, 312 (2), S. 171–179.

Novotná, G./Dobbins, M./Henderson, J. (2012). *Institutionalization of evidence-informed practices in healthcare settings.* Implementation Science, 7 (112).

O'Brien, M. A./Rogers, S./Jamtvedt, G./Oxman, A. D. (2007). *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. 10.1002/14651858.CD000409.pub2 (06.10.2014).

Ofori-Adjei, D./Antrs, G./Tharyan, P./Slade, E. et al. (2006): *Have online international medical journals made local journals obsolete?* **PLoS Medicine, 3 (8).** 10.1371/journal.pmed.0030359 (06.10.2014).

Pennington, L./Goldbart, J./Marshall, J. (2003). *Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD003466.pub2 (06.10.2014).

Pennington, L./Miller, N./Robson, S.(2009). *Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. 10.1002/14651858.CD006937.pub2 (06.10.2014).

PLEACS (2013). *Standards for the reporting of Plain Language Summaries in new Cochrane Intervention Reviews (PLEACS).* http://www.editorial-unit.cochrane.org/sites/editorial-unit.cochrane.org/files/uploads/PLEACS_0.pdf (14.10.2014).

Prel, J. P. du/Röhrig, B./Blettner, M. (2009). *Critical Appraisal of Scientific Articles.* Deutsches Ärzteblatt International, 106 (7), S. 100–105.

Raymond, J./Darsaut, T. E./Altman, D. G. (2014). Pragmatic trials can be designed as optimal medical care: principles and methods of care trials. Journal of Clinical Epidemiology, 67 (10), S. 1150–1156.

Reeves, S./Zwarenstein, M./Goldman, J./Barr, H. et al. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1. 10.1002/14651858.CD002213.pub2 (06.10.2014).

Reuther, S./Holle, D./Buscher, I./Dortmann, O. et al. (2014). Effect evaluation of two types of dementia-specific case conferences in German nursing homes (FallDem) using a stepped-wedge design: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 15 (319).

Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: "to whom do the results of this trial apply?" Lancet, 365 (9453), S. 82–93. Open-Access-Link zur deutschen Übersetzung: http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/zefq/artikel-lancet-zefq-methodik (14.10.2014).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung (2014). Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Exkurs: Bereitstellung von Wissen für eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung. Absätze 64 und 65. Gutachten 2014. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung01.pdf (14.10.2014).

Santesso, N./Rader, T./Nilsen, E. S./Glenton, C. et al. (2014). *A summary to communicate evidence from systematic reviews to the public improved understanding and accessibility of information: a randomized controlled trial.* Journal of Clinical Epidemiology, S0895-4356 (14), 00213-3. 10.1016/j.jclinepi.2014.04.009 (14.10.2014).

Schünemann, H. J. (2009). GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung. Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103 (6), S. 391–400.

Schünemann, H. J./Langer, G./Meerpohl, J. J./Ollenschläger, G. et al. (2012). Das GRADE-System: Ein Prolog zur Artikelserie in der ZEFQ. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106 (5), S. 354–356.

Sellars, C./Hughes, T./Langhorne, P. (2005). *Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD002088.pub2 (14.10.2014).

Shea, B. J./Hamel, C./Wells, G. A./Bouter, L. M. et al. (2009). *AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.* Journal of Clinical Epidemiology, 62 (10), S. 1013–1020.

Shojania, K. G./Jennings, A./Mayhew, A./Ramsay, C. R. et al. (2009). *The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD001096.pub2 (14.10.2014).

Siddiek, A. G. (2011). *The Impact of Translation on Language Acquisition and Knowledge Transfer in the Arab World.* European Journal of Social Sciences.

Stetler, C. B./Damschroder, L. J./Helfrich, C. D./Hagedorn, H. J. (2011). *A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation.* Implementation Science, 6 (99). http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-6-99.pdf (14.10.2014).

Straus, S. E./Tetroe, J. M./Graham, I. D. (2011). *Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making.* Journal of Clinical Epidemiology, 64 (1), S. 6–10.

Voigt-Radloff, S./Graff, M./Leonhart, R./Schornstein, K. et al. (2011). *A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation.* BMJ Open, 1 (1).

Voigt-Radloff, S./Lang, B./Antes, G. (im Druck). Forschungs- und Innovationspotenziale in den Gesundheitsfachberufen. ZEFQ

Voigt-Radloff, S./Ruf, G./Göhner, A./Vogel, A. et al. (2014). *Qualitätsgesicherte systematische Übersichtsarbeiten in der Praxis nutzen.* Ergotherapie & Rehabilitation, 51 (2), S. 22–30.

Voigt-Radloff, S./Stemmer, R./Behrens, J./Horbach, A. et al. (2013). *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.* http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/9003/ (14.10.2014).

West, C./Hesketh, A./Vail, A./Bowen, A. (2005). *Interventions for apraxia of speech following stroke.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. 10.1002/14651858.CD004298.pub2 (14.10.2014).

Windeler, J. (2008). *Externe Validität.* Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102 (4), S. 253–259.

Windish, D. M./Huot, S. J./Green, M. L. (2007). *Medicine residents' understanding of the biostatistics and results in the medical literature.* Journal of the American Medical Association, 298 (9), S. 1010–1022.

Zwarenstein, M./Goldman, J./Reeves, S. (2009). *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. 10.1002/14651858.CD000072.pub2 (14.10.2014).

V
Der andere Blick auf das Thema

18 Humane Bildung durch Lehrende vs. paidagogós digitalis

Ein kritischer Essay über Lehr- und Lernkonzepte (nicht nur) für Gesundheitsberufe

RALF LANKAU

Die letzten zwei Dekaden sind durch das Vordringen der Digitaltechniken in nahezu alle Lebensbereiche gekennzeichnet. Digitale (Mobil-)Geräte und Netzwerke scheinen das Nervensystem postindustrieller Gesellschaften zu sein. Das gilt zunehmend auch für soziale Systeme wie Gesundheit und Bildung. Versprochen werden Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung mittels Algorithmen und automatisierter Steuerung. Das ist die Sichtweise von Ingenieuren, Systemtechnikern und Betriebswirten. Es sind Begriffe aus dem Qualitätsmanagement der produzierenden Industrie. Der zweite, alle Lebensbereiche okkupierende Aspekt ist die zunehmend ökonomische Sicht auf alle Lebensbereiche. Nur „produzieren" Bildungs- wie Gesundheitssystem nichts, da es sich weder bei Abiturienten noch bei Absolventen von (Hoch-)Schulen, noch bei Patienten und betreuten Personen um Produkte handelt. Daher sind Technisierung wie Digitalisierung und dominant betriebswirtschaftliches Denken in sozialen Kontexten notwendig kritisch zu reflektieren, zumal damit die Begriffe Standardisierung und Normierung aufs engste miteinander verbunden sind, was nicht dem Selbstverständnis und der gesellschaftlichen Aufgabe von Bildungseinrichtungen entspricht.[1] Zudem haben der NSA-Skandal und die Enthüllungen Edward Snowdens im letzten Jahr das öffentliche Unbehagen an der allgegenwärtigen Speicherung personenbezogener Daten extrem befördert. Persönliche Gesundheitsdaten sind, wie individualisierte Lernprofile, überaus sensibel, da der Einzelne mentale Fähigkeiten wie Gesundheit nur bedingt beeinflussen kann. Wie Lehre und Lernen mit aktuellen, netzbasierten Medien aussehen kann, ohne sich digitalen Kontrollstrukturen auszuliefern, zeigen die Überlegungen am Ende des Beitrags.

Einleitung

Im November 2013 publizierte das Hamburger Wochenmagazin *Die Zeit* ein Plädoyer des Geschäftsführers des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE), Jörg Dräger, für Online-Universitäten und sogenannte MOOC (Massive Open Online Courses, anfangs kostenlose Videos im Netz, ergänzt um Übungsaufgaben und Online-Quiz) (vgl. Dräger, 2013). Das sei das Studium der Zukunft: individuell, orts- und zeitungebunden. Jede und jeder studiere nach eigenem Gusto

1 Vgl. Lankau, 2012a. Statt den Umbau von „Hochschulen zu Unternehmen" als Sackgasse zu erkennen, übertragen Rektoren und Qualitätsmanager ein weiteres Instrument der produzierenden Industrie auf Bildungseinrichtungen: das „Institutionelle Qualitätsaudit" (IQA). Wer sich kritisch mit Qualitätsmanagement (QM) befasst, wird IQA für Bildungseinrichtungen mit IDF übersetzen: institutionalisierte Denkfehler.

und Tempo und stelle sich das eigene Curriculum zusammen.[2] Bildung an den traditionellen Universitäten und Hochschulen sei dagegen „wie Anzüge von der Stange: (...) Massenware" (Dräger, 2013). An Präsenz-Universitäten würden Studierende mit einem im Prinzip seit Jahrhunderten unveränderten System von Einheitsvorlesungen abgespeist: ein Angebot für alle. Online-Universitäten hingegen böten die freie Wahl aus einem ständig wachsenden Angebot. So, wie man sich bei iTunes persönliche Hitlisten zusammenstelle, klicke man sich bei Online-Unis ein individuell passendes Curriculum zusammen. Das sei das personalisierte Studieren der Zukunft (POOC). Zugleich würden alle Studierenden „bei den besten und engagiertesten Professoren kostenlos und gemeinsam mit vielen anderen aus aller Welt" studieren, schreibt Dräger (2013).

Wer, wie der Autor, seit 1985 an allen Hochschulformen unterrichtet, kann nur den Kopf schütteln. Studieren, indem man kurze Videos schaut, Multiple-Choice-Fragen am Computer beantwortet und Online-Quiz löst? Ein Curriculum, das sich Schulabgänger wie eine „Best of"-Hitliste zusammenklicken und wie YouTube-Videos schauen? Eine Protest-Mail an die *Zeit*-Redaktion führte immerhin dazu, eine Replik gegen Drägers Zukunftsvisionen an gleicher Stelle veröffentlichen zu können (vgl. Lankau, 2014a). Während der Rummel um Online-Universitäten in den USA schon wieder vorbei ist und diese Konzepte auf allen Ebenen gescheitert sind und revidiert werden, forciert in Deutschland das CHE deren Einführung. Zwar geben Vorreiter aus der Praxis wie der Deutsche Sebastian Thrun, der selbst die Online-Universität Udacity gegründet hat und betreibt, das Scheitern der reinen Online-Lehrkonzepte offen zu, führen verpflichtend Präsenzzeiten (face-to-face-time) ein und machen die Kurse kostenpflichtig, um notwendige Mentoren bezahlen zu können.[3] Zwar propagierte die US-amerikanische Blogosphäre bereits 2013 als *Year of the Anti-MOOC*, weil die rein wirtschaftlichen Interessen offensichtlich wurden. In den USA formiert sich der Protest an Universitäten sogar unter Hochschullehrern, die sich anfangs beteiligten, weil Onlinekurse zunehmend missbraucht werden, um Lehrpersonal einzusparen und Stellen nicht mehr zu besetzen. Aber der deutsche Markt soll gleichwohl bereitet werden.

---

2 Dräger vermischt Selbstverständlichkeiten von Selbststudium oder Blended-Learning (individuelles Lernen, Orts- und Zeitungebundenheit der Mediennutzung) mit Digitalpropaganda. Zeitautonomie und individuelles Tempo erlaubt jedes mediengestützte Lernen, ob Buch, Skript oder heute ergänzende Onlinekurse. Nur kann sich kein Studierender ein sinnvoll strukturiertes Curriculum ohne die Fachkenntnisse zusammenklicken, die erst erarbeitet werden wollen. Ein Sammelsurium aus Onlinekursen führt nicht zu strukturiertem Fachwissen. Die Praxis hat zudem gezeigt, dass ohne begleitende Betreuung und Mentoren kaum jemand die Kurse beendet (s. u.).

3 „Wir waren auf den Titelseiten von Zeitungen und Magazinen, aber gleichzeitig stellte ich fest, dass wir die Leute nicht so ausbilden, wie andere sich das wünschen oder wie ich mir das wünsche", sagte Thrun dem US-Wirtschaftsmagazin Fast Company. „Wir haben ein schlechtes Produkt." (Thrun, zit. n. Golem.de, 2013); „Weder Frontalvorlesungen noch Videos helfen bei komplexen Sachverhalten. Zu Hause gibt's die Videos, an der Hochschule wird aber gemeinsam gedacht." (Thrun, zit. n. Honig, 2013)

18.1 Standards setzen und automatisieren

Ziel ist die Standardisierung der Lehre durch private Online-Angebote. Im Oktober 2013 hatte das CHE das Arbeitspapier 174 (vgl. Bischof/Stuckrad, 2013) veröffentlicht und darin behauptet, die „Potenziale der Digitalisierung“ an deutschen Hochschulen seien noch nicht ausgeschöpft. Empfohlen wird in diesem Arbeitspapier die Standardisierung von Lehrinhalten und -veranstaltungen durch den Einsatz von, kaum verwunderlich: MOOC. Ergänzend wird die Privatisierung der Produktion dieser Lehrmedien vorgeschlagen, die Hochschulen und Universitäten als Lehrstätten zu einer Art Bildungs-TÜV degradiert und perspektivisch sogar deren Auflösung gefordert.

> „Langfristig ist denkbar, dass Hochschulen entstehen, welche überhaupt keine eigenen Lehrangebote mehr vorhalten, sondern sich darauf konzentrieren, absolvierte Bildungsangebote zu prüfen, Vorwissen zu zertifizieren und aus dem großen, weltweit verfügbaren Bildungsangebot für jeden Studierenden individualisierte Lernprogramme zusammenzustellen.“ (Bischof/Stuckrad, 2013, S. 41)

Gefordert wird darüber hinaus, rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um „digitale Bildungsangebote“ bei der Vergabe von ECTS-Punkten und Zertifikaten den öffentlichen Bildungseinrichtungen gleichzustellen. Digitalisierung und Privatisierung von „Bildung“ sind das Ziel.

18.2 Murdoch: Bildungsreservate schleifen

Was Dräger nicht nennt, was aber diejenigen wissen (können), die sich mit der beabsichtigen Ökonomisierung und Privatisierung der Bildungseinrichtungen beschäftigen, mit dem der kommerzielle Bildungsmarkt bereitet werden soll, sind angloamerikanische Vorbilder und Stichwortgeber. Einer davon ist der australische Verleger Rubert Murdoch. Bildung sei das letzte Reservat, lautete der Titel seines Gastbeitrags in der FAZ im Juni 2011 (vgl. Murdoch, 2011). Dieses „Reservat“ sei umgehend zu schleifen. Schulen vergeudeten die wertvollste Ressource jeder Nation: die Jugend. Das Humankapital werde nicht ausgeschöpft, Geld versickere wirkungslos, Bildungssysteme seien lediglich Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Lehrer und Verwaltungsleute. Die Rettung: Computer und kostenlose Tablet-PCs für alle.

Spezielle Hilfsprogramme (Applications, kurz: Apps) leiteten die Schüler zum selbstständigen Lernen an. Integrierte Übungen mit sofortiger Rückmeldung sicherten den Lernerfolg. Nach Lerntypen selektiertes Unterrichtsmaterial spreche Schüler individuell an. Wer länger brauche, wiederhole die Übungen und bestimme so die eigene Lerngeschwindigkeit. Alle lernten – wie auch von Dräger behauptet – von den besten Online-Lehrern. Lernmanagement-Programme könnten ermitteln, „wo das jeweilige Kind gerade steht und dann den Stoff für die nächsten zehn

Tage maßgeschneidert zusammenstellen" (Murdoch, 2011). Bei Dräger läuft das unter „Individualisierung des Lernens". Murdoch ist immerhin ehrlich. Er habe das „Milliarden Dollar" schwere Potenzial des Bildungsmarktes erkannt. Sein Unternehmen sei „fest entschlossen, sich dafür zu engagieren" (Murdoch, 2011).[4] Selten hat jemand so schonungslos marktradikal formuliert, wie aus Schulen Drillanstalten am Touchscreen werden sollen. Das ist keine Science fiction. Das ist ein Geschäftsmodell (vgl. Lankau, 2011).

18.3 David Gelernter: Jeder ist als Lehrer geeignet

Auf Computer und Onlinekurse setzt auch der US-amerikanische Computerpionier David Gelernter, wenn auch nicht ausschließlich. „Hausfrauen, Polizisten – jeder ist als Lehrer geeignet", schreibt er in seinem Plädoyer für eine Cyberakademie (Gelernter, 2012). Schulen und Universitäten würden durch netzbasierte Bildungssysteme (Cyberkurse) ersetzt. Nach den Universitäten als Vorreiter würden Sekundar- und Grundschulen folgen. Eltern wie Schüler könnten aus einem weltweiten Angebot von Kursen wählen, für die höhere Bildung würden primär interaktive Videovorlesungen eingesetzt. Zwar müssten noch „objektive Instanzen" definiert werden, die diese Kurse als für eine Ausbildungen zufriedenstellend und ausreichend bescheinigen könnten. Aber diese Aufgabe würden anfangs Universitäten übernehmen, bevor es individualisiert würde:

> „Am Ende könnten dann auch namhafte Persönlichkeiten und Institutionen auf der Grundlage schriftlicher und mündlicher Prüfungen eigene Abschlusszertifikate ausstellen. (…) Mit der Zeit wird dann ein unter der Anleitung eines prominenten Denkers absolviertes Cyberstudium an die Stelle eines Harvard- oder Oxford-Abschlusses als Goldmedaille der höheren Bildung treten." (Gelernter, 2012)

Hausfrauen und Polizisten für die Kleinen, prominente Denker für die Großen: auch ein Ansatz, Cyber-Learning zu propagieren. Was Gelernter vergisst: Lernen ist (auch) ein sozialer Prozess, der nicht medial und/oder technisch vermittelt werden kann. Jürgen Kaube (FAZ) verweist in seinem Kommentar zu Gelernters Text auf den Soziologen Robert Dreeben und sein Buch „What we learn in school": Nicht Sachwissen stehe im Mittelpunkt, sondern Rollenverhalten, Personenbeobachtung u. v. m. Das weiß auch Gelernter, wenn er formuliert: „Am besten lernt man, wenn

4 Die Trennlinie zwischen Bildungseinrichtungen und der Kommerzialisierung von (Aus-)Bildung verläuft, zumal im angelsächsischen Raum, nicht zwischen privaten und öffentlichen Einrichtungen, – einige der weltweit besten (Hoch-) Schulen und Universitäten sind privat – sondern zwischen dem pädagogischen Selbstverständnis der Autonomie der Lehrenden wie Lernenden auf der einen, Kontrolle und Lernsteuerung auf der anderen Seite. Gelernter, Murdoch, Dräger u. a. propagieren (wieder einmal) die überwunden geglaubte Skinnersche „operante Konditionierung („programmiertes Lernen") aus den 1960er-Jahren, aktualisiert als Lernsteuerung per Software, App(lication)s und Avataren übers Internet. Zum Scheitern des „Maschinenlernens" als historische Konstante; vgl. Pias, 2013.

Lehrer und Schüler einander direkt gegenüber stehen.“ (Gelernter, 2012) Er beschränkt den persönlichen Kontakt aber sogleich auf Einzelfälle, z. B. bestimmte Fächer wie Medizin und sehr junge Kinder, sonst wäre es ja kein Cyberlernen.

18.4 CHE-Papier 174: Weder Argumente noch Substanz

Hauptsache digital könnte auch über dem CHE-Papier stehen. Denn was fehlt, sind belastbare Argumente, warum MOOC in Deutschland einführt werden sollten. Exorbitant hohe Studiengebühren wie in den USA (bis zu 60.000 Dollar je Studienjahr) gibt es in Deutschland erfreulicherweise nicht. Selbst die Einführung moderater Studiengebühren von 500 Euro je Semester (eines der CHE-Projekte zur Merkantilisierung von Studienangeboten) ist bundesweit gescheitert. Studienplätze und Hochschulen gibt es, auch dank der Hochschulpakte von Bund und Ländern, in annähernd ausreichender Zahl, anders als in Schwellenländern. Wenn wirtschaftlicher Erfolg und geringe (Jugend-)Arbeitslosigkeit als Gütesiegel einer Volkswirtschaft gelten dürfen, scheint das mehrgliedrige Bildungssystem in Deutschland gut zu funktionieren, auch wenn es Optimierungsbedarf etwa bei der Durchlässigkeit der (Hoch-)Schulsysteme gibt. Die vollständig automatisierte „Bedienung“ extrem großer Kohorten von „Studierenden“ (mehrere zehn- oder hunderttausend Teilnehmer) durch Online-Angebote mag daher technisch möglich und wirtschaftlich effizient sein, hat aber mit Studium und Bildung wenig zu tun und ist für das deutsche Hochschulsystem weder notwendig noch anzustreben (vgl. Lankau, 2013, 2014a, 2014b).

MOOC sind methodisch zudem ein Rückschritt zu Frontalunterricht – mit einem Touchscreen als Gegenüber. Die Lehrenden und ihre Rückmeldung werden durch Software ersetzt, die alle Handlungen aufzeichnen, damit ein Algorithmus die nächsten Lernaufgaben berechnet.[5] Das kann als „Lernen und Studieren der Zukunft“ propagieren, wer Bildungseinrichtungen gemäß privatwirtschaftlicher und neoliberaler Prämissen umbauen will. So beschrieb der langjährige Leiter des CHE, Müller-Böling, das Vorgehen der „Gütersloher Nebenregierung“:

> „Man darf Frösche nicht fragen, wenn man ihren Teich trockenlegen will. Hochschulpolitik ist ein vielrädriges Gebilde. Ich habe nie gedacht, dass man mit dreißig Leuten Dinge direkt durchsetzen kann. (...) Im CHE standen dreißig Leute 36.000 Professoren und zwei Millionen Studenten an achtzig bis hundert Universitäten und rund 260 Fachhochschulen gegenüber, außerdem 16 Landesministerien mit jeweils 300 Mitarbeitern.“ (Schuler, 2010, S. 150)

5 Dass auch einige Kollegen an Hochschulen diesem Trend folgen, verwundert nicht, wenn man sich die Bereitwilligkeit vieler Hochschullehrer beim Umbau der Hochschulen gemäß dem Bologna-Prozess in Erinnerung ruft. Es sind die gleichen, die auch die vielen Varianten des elektronischen Lernens einsetzen, ohne den Nutzen oder Mehrwert belegen zu können.

Die Forschheit, mit der Dräger & Co. agieren und den Hochschulen pauschal unterstellen, sie würden nur „Standard" abliefern[6], soll die Hochschulleitungen und Kollegien in die Defensive drängen. Letztlich geht es dem CHE darum, die Hochschulen selbst davon zu überzeugen, sie dienten einem unternehmerischen Zweck, und ihre Bereitschaft zu wecken, sich beim angestrebten Umbau der Studiengänge von den Vorstellungen der Wirtschaftsverbände leiten zu lassen.

18.5 Digital Teaching

Der Digitalhype auch an Schulen, durch Microsoft- und Telekom-Kampagnen wie „Schulen ans Netz" (seit 1996) oder der Ruf nach Laptop-, heute Tablet-Klassen an den Schulen, sind dabei keine Forderungen aus pädagogischer Notwendigkeit, sondern Lobbyarbeit der Digitalwirtschaft. Es geht um Absatzmärkte für Digitalgeräte und um die Verstetigung der Einnahmen. Wenigstens 15.000 Euro kostet die Ausstattung eines Klassenraums mit Tablets und Whiteboard. Getauscht werden müssen die Geräte spätestens alle drei Jahre. Dazu kommen Wartungs- und Dienstleistungskosten. Bei knapp 35.000 Schulen und etwas mehr als 350.000 Klassen addiert sich das zu einem Milliardenbetrag (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014). So betrachtet sind die „Digitalisierungspotentiale der (Hoch-)Schullehre" in der Tat noch nicht ausgeschöpft (CHE, 2013). Dabei gilt: *Kein Unterricht wird durch Digitaltechnik besser. Das gilt für alle Fächer und Disziplinen.*

Die sinnvolle technische und mediale Codierung von Lehrinhalten ist abhängig vom jeweiligen Fach und Curriculum, von Zielgruppen (Alter, Geschlecht, Vorwissen u. a.) und der konkreten Lehr- und Lernsituation. Lehrende benutzen immer Medien im Unterricht, vom gesprochenen Wort über Tafelanschriebe und Umdrucke bis zu Projektionen (Dia, Beamer). Inhalt und Lehrsituation entscheiden über den sinnvollen Einsatz von Lehrmedien. Daher sollte man – ebenfalls gleich zu Beginn – Wertigkeit und Begriffe wieder gerade rücken.

> *Kein Mensch lernt elektronisch oder digital (wie es mit E-Learning oder Digital-Learning suggeriert wird). Kein Mensch lernt medial. Medien sind Mittel zum Zweck. Wir lernen mithilfe von Medien und unterschiedlichen Medienformen, vom Buch bis zum Tablet-PC. Aber das sind Speichervarianten. Medial codiert und rezipiert werden Inhalte. Lernen ist eine Transferleistung: Aus Text und Bild werden Vorstellung und Verständnis.*

6 „Ein Studium, egal, ob Physik oder Germanistik, wird für jeden in der gleichen Form, mit den gleichen Seminaren und Vorlesungen angeboten. Für die Hochschulen ist das einfach: One size fits all, eine Größe passt allen. Doch warum sollten sich Studenten mit einem Angebot von der Stange zufriedengeben?" (Dräger, 2013)

Daher sollten die derzeit üblichen Begriffe ersetzt werden. E-Learning, also elektronisches Lernen, beschreibt keine Lernprozesse, sondern die technische Codierung von Inhalten. Mobile-Learning beschreibt keine Flexibilität in Lernprozessen, sondern mobile Geräte. Blended-Learning (hybrides Lernen) ist schlicht ein Medienmix aus Texten, Videos, Animationen u. a. als mehr oder minder sinnvolle Zusammenstellung von Lehrmaterialien. Um die Absurdität der Begrifflichkeiten zu verdeutlichen, kann man es versuchsweise mit Book-Learning (dem Lesen von Büchern, ob analog oder digital) oder mit Board-Transcription-Learning (dem Abschreiben von der Tafel) probieren.

Was amüsant klingt, hat Folgen. Sprache ist ein Instrument der Wertung und Wertschätzung. Der Marburger Philosoph Peter Janich mahnt an, Sprechen sei immer zu verantwortendes Handeln im Sinne aristotelischer Praxis. Die Benutzung bestimmter Begriffe sei bereits Teil des verbalen Handlungsakts, Sprache nie neutral (vgl. Janich, 2009). Die derzeitige Begrifflichkeit fokussiert auf technische Geräte, nicht auf das Individuum und dessen Lernprozesse. Das ist Programm:

> *Der zunehmende Einsatz von Digitaltechniken in der Lehre und in allen (Hoch-)Schulformen verschiebt wissentlich und willentlich die Handlungsoptionen von interagierenden Personen in Richtung einer Interaktivität mit Maschinen und erlaubt die Steuerung der Nutzer durch Algorithmen.*

Digitale Netzwerktechniken sind das Synonym für Standardisierung und vollständige Prozesskontrolle. Daraus ergibt sich der weitgehende Verzicht auf den Einsatz von Digital- und Netzwerktechniken in sozialen Systemen (s. u.).[7]

18.6 Lernkontrolle als Pädagogik

Der zweite, weltweit zu beobachtende Aspekt beim Umbau der Bildungssysteme ist die Fokussierung auf die empirische Bildungsforschung, als wäre Messbarkeit das Ziel von Unterricht (vgl. Ladenthin, 2014). Auch Pädagogen reihen sich in den Chor der Zahlenfixierten ein und präferieren die Vermessung von „Kompetenzen“ und den Aufbau von immer enger definierten Kompetenzrastern für Lerninhalte. Regelmäßige Testreihen samt Rankings wie z. B. PISA (Programme for International Student Assessment), IGLU (Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung) und TIMSS (Third International Mathematics and Science Study) und ihre mediale Begleitung sollen öffentlichen Druck auf Bildungseinrichtungen erzeugen. Initiiert und organisiert werden diese

7 Die FAZ publiziert seit Februar 2014 Beiträge zum „technologischen Totalitarismus“ durch Digitaltechniken (http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/) mit Beiträgen von Martin Schulz, Shoshanna Zuboff, Mathias Döpfner, Eric Schmidt, Jaron Lanier u. v. a.

Schultests nicht von Pädagogen, sondern von der OECD, einer Wirtschaftsorganisation. Getestet werden keine Inhalte der nationalen Curricula, sondern weltweit standardisierte Aufgaben. Damit nimmt eine Wirtschaftsorganisation ohne demokratisches Mandat Einfluss auf Lehrinhalte. Erfreulicherweise organisiert sich dagegen Widerstand, etwa durch den offenen Brief des Bildungsforschers Heinz-Dieter Meyer an den deutschen PISA-Vertreter Andreas Schleicher.[8] Es wäre ein erster Schritt, die Testeritis solange auszusetzen, bis demokratische Legitimierung und Kostentransparenz gewährleistet sind.

18.7 Kompetenzorientierung

Die nächste Baustelle ist die „Kompetenzorientierung als Indiz pädagogischer Orientierungslosigkeit" (Ladenthin, 2012). Es geht nicht mehr um Können und Wissen im Kontext einer Fachdisziplin, sondern um isoliert Prüf- und Messbares. Dabei kann alles als „Kompetenz" definiert werden, was sich sprachlich fixieren, vermitteln und reproduzier- wie vergleichbar messen lässt: Kästchen-Ausmal-Kompetenz (Anzahl, Zeit), Figuren-Ausschneide-Kompetenz (Genauigkeit, Anzahl, Zeit), Figuren-Aufklebekompetenz (Anzahl, Genauigkeit, Zeit) etc. Es ist ein pädagogischer Offenbarungseid, wenn Messbarkeit zum Maßstab wird. Diese Diskussion muss auf die richtigen Begriffe zurückgeführt werden: Im Mittelpunkt stehen Können, Fertigkeiten und Fachwissen im Kontext konkreter Fachdisziplinen. Zahlen oder Noten lesen lehrt und lernt man ja nicht, um Zahlen oder Noten lesen zu können, sondern um mathematisch denken oder musizieren zu lernen. Aber mit definierten und messbaren Kompetenzen hat man etwas zum Vorzeigen und Festhalten in Evaluations- und Qualitätsmanagement-Zirkeln. Albert Einstein formuliert in dem ihm zugeschriebenen Bonmot knapp: „Nicht alles, was man zählen kann, zählt auch, und nicht alles was zählt, kann man zählen." Das gilt insbesondere, aber nicht nur in sozialen Berufen.

18.8 Widerstreitende Interessen beim Umbau der Bildungslandschaft

Aktuelle Diskussionen zur Bildung (als zunächst unspezifiziertem Begriff), Forderungen zum Umbau der Hochschulen und die weitere Akademisierung von Ausbildungsberufen bei gleichzeitiger Forcierung digitaler Techniken müssen eingebunden werden in die permanenten „Reformvorschläge" als versuchte Eingriffe in die Struktur aller Bildungseinrichtungen.

---

8 Vgl. Meyer/Zahedi, 2014a. Die deutsche Petition ist auf der Website der Gesellschaft für Bildung und Wissen e. V. nachzulesen (vgl. Meyer/Zahedi, 2014b).

Auf der einen Seite stehen die Forderungen aus Industrie und Wirtschaft nach kürzerer Schulzeit (Abitur nach acht statt neun Jahren, G8 vs. G9) und verkürzten Studiengängen, was als „Bologna-Prozess" zur Umstellung der Diplom- bzw. Magisterstudiengänge auf Bachelor und Master zur Folge hatte. Dazu gehört die Diskussion um Fachkräftemangel und die angeblich notwendige Stärkung der MINT-Fächer (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik, s. u.), obwohl man sowohl den prognostizierten Fachkräftemangel wie die Fokussierung auf nur ein Segment des Curriculums (unter Vernachlässigung der musisch-ästhetischen Erziehung) kritisch betrachten muss.[9] Dazu gehört weiter der politische Wille, dass nicht mehr etwa 20 % eines Jahrgangs studieren, sondern 50 % und mehr – ohne die Folgen sowohl für das duale Ausbildungssystem wie für die Hochschulen und Universitäten und das dadurch bedingte Niveau dieser Form von „Akademisierung gemäß politischer Vorgabe" zu bedenken.[10]

Auf der anderen Seite stehen sowohl Klagen über den Akademisierungswahn (Julian Nida-Rümelin u. a.), da steigende Abiturientenzahlen alleine nichts über die Studierfähigkeit und, trotz zunehmend besseren Durchschnittsnoten, die weitgehend auf eine von der Politik veranlasste Anhebung des Notendurchschnitts zurückzuführen sind, wenig über Hochschulreife und Intellekt aussagten. Dazu kommen Klagen über die zunehmende Fachhochschulisierung (Verschulung) der Universitäten durch Modularisierung der Studiengänge und die Umstellung auf das European Credit Transfer System (ECTS) – was aus einem Studierenden vor allem einen Sammler von Credit Points mache (vgl. Kühl, 2012a; Lankau, 2012b). Einen Bachelor etwa bekommt man nach diesem Formalsystem ab 180 ECTS, einen Master für 300 ECTS, ohne Vorgaben zu fachlichen Qualifikationen. Auch das Versprechen eines berufsqualifizierenden Studiums – genauer gesagt der Beschäftigungsbefähigung (employability) – ist für Bachelorstudiengänge in den meisten Fällen allenfalls Hochschulmarketing.

9 Vgl. Neubecker (2014), die den Stand der Diskussion und die verschiedenen Prognosen gegenüberstellt. Alle Prognosen, so das eine Fazit, „hängen entscheidend von den untersuchten Daten, der gewählten Disaggregationsstufe und – bei Langfristprojektionen – von den getroffenen Annahmen ab" (Neubecker, 2014, S. 5). Daher sei allen Beteiligten mehr Achtsamkeit beim Umgang mit den Daten empfohlen. Uneinig sind sich die Wissenschaftler beim Bedarf in den MINT-Fächern, wo Karl Brenke sogar ein Überangebot bei Ingenieuren für möglich hält wie in den 1980er- und frühen 1990er-Jahren. Einig sind sich die Wissenschaftler beim Fachkräftemangel in den medizinischen und Pflegeberufen.

10 Wenn etwa das Gymnasium zur neuen Regelschule werden soll, wenn 50 statt 5 % eines Jahrgangs studieren sollen wie noch in den 1950er-Jahren (der Anstieg auf über 20 % Studierender eines Jahrgangs ist eine Folge der Öffnung der Hochschulen der Nach-68er mit vielen Neugründungen von Universitäten und FHen), sollte klar sein, dass beides mit einem anderen Verständnis vom Abitur als allgemeiner Hochschulreife und einem anderen Paradigma für die Hochschulbildung verbunden ist.

> „Wir Hochschulen – so kann man überspitzt das Versprechen auf den Punkt bringen – vermitteln Euch bei Beibehaltung vieler Freiheiten des Studiums in deutlich kürzerer Zeit als bisher eine wissenschaftlich fundierte Bildung, die Euch dann zusätzlich auch noch punktgenau für den Arbeitsmarkt qualifiziert." (Kühl, 2012b)

18.9 Bologna statt Bildung

Dass das nicht stimmen kann, liegt auf der Hand. Wer weiß, dass die Umstellung der Studiengänge auf die neuen Abschlüsse nicht bildungs-, sondern wirtschaftspolitisch intendiert war, beginnt zu begreifen, auf welch unterschiedlichen Ebenen hier gefochten wird. Selbst ursprüngliche Befürworter des Bologna-Prozesses wie Dieter Lenzen (derzeit Präsident der Uni Hamburg und Sprecher der Mitgliedergruppe der HRK-Uni-Gruppe) spricht mittlerweile von der „Falle von Bologna". Entspräche das, fragte Dieter Lenzen in der Welt vom 14. Februar 2014, was heute an Forschung, Lehre und Bildung an deutschen Hochschulen geschähe, überhaupt noch dem Verständnis einer akademischen Einrichtung? Lenzen verneint. Vom klassischen Dreiklang aus Forschung, Lehre und Bildung fände man heute an Hochschulen und Universitäten kaum noch etwas. Die Forschung sei „nicht mehr staatlich grundgesichert, sondern abhängig von der Antragsbereitschaft der Wissenschaftler und von dem produktorientierten Interesse der Unternehmen, die kleinere Forschungsaufgaben als Auftragsarbeiten in Hochschulen verlagern" (Lenzen, 2014b). Die Abschaffung der tradierten einphasigen Studiengänge sei durch das zweiphasige Bachelor-Master-System nach angloamerikanischem Vorbild ersetzt, das europäische Konzept zerstört. Den folgenden akademischen Generationen würde dadurch eine fundierte „wissenschaftliche Aufklärungs- und Erkenntniserfahrung" verweigert, die zwischen Wissen und Wahrheit auf der einen, Meinung, Offenbarung und Indoktrination auf der anderen Seite unterscheiden könne. Das duale Ausbildungssystem werde dabei wissentlich und vorsätzlich zerstört und dem nicht vergleichbaren angloamerikanischen System der Colleges und Universities angepasst. Der ursprünglich akademische Bildungsauftrag werde verkürzt auf eine zertifizierbare Berufsausbildung:

> „Die Standardisierung im europäischen Hochschulraum bringt es mit sich, dass man eine Art ‚Währung' für Lehrinhalte benötigt. Damit Lehrangebote und -erfolge vergleichbar sind, müssen sie messbar sein. Messbar sind, bildungswissenschaftlich gesehen, aber nur Wissensakkumulation und Kompetenzerwerb, also Berufsausbildung." (Lenzen, 2014b)

In seinem Buch „Bildung statt Bologna" fordert Lenzen nicht weniger als die „Rettung der Hochschulbildung", nachdem die europäische Hochschulreform in Deutschland katastrophal gescheitert sei. Statt durchgetaktete Lernfabriken zu betreiben und Studierende von Prüfung zu Prüfung

zu hetzen, die allenfalls Schmalspurwissen aus dem Studium mitnähmen, sollten sich alle Beteiligten auf das klassische Bildungsideal besinnen und wieder selbstständige, kritische Persönlichkeiten formen (vgl. Lenzen, 2014a).

18.10 Bildungsvielfalt statt Einfalt und Norm

Notwendig sei der vollständige Um-, vielmehr Rückbau zur Rettung dieser Bildungseinrichtungen. Damit sind Hochschulen, Lehrende und Studierende nach 15 Jahren Bologna-Diskussion wieder exakt an dem Punkt, an dem sie 1998 waren, nur dass heute ein Rektor und HRK-Mitglied nicht mehr wirtschaftskonform für die Bologna-Reform plädiert, sondern das angerichtete Desaster als solches benennt. Dazu kommt die oft beklagte „mangelnde Studierfähigkeit" vieler Erstsemester, die als Ergebnis der Kompetenzorientierung (anstelle der Fachbezogenheit) gelten kann. Dazu kommt die mangelnde persönliche Reife vieler 17- oder 18-Jährigen, die direkt von der Schule kommen. Hilfreich wäre für viele ein Berufsvorbereitungsjahr oder eine Lehre, die den Wegfall von Bundeswehr bzw. Zivildienst zumindest für männliche Studierende kompensieren würden. Dazu kommt, dass bei vielen Studierenden das Interesse an der theoretischen Durchdringung eines Fachs sich erst im Laufe des Studiums entwickelt und ein direkter Praxisbezug am Anfang didaktisch geboten scheint.

Statt eine Akademikerquote von 50 % oder mehr zu fordern, wäre es intelligenter, sowohl die duale Ausbildung zu stärken wie die Zugangsmöglichkeiten zu Hochschulformen nach einer entsprechenden Ausbildung auszubauen. Nicht Studienplätze fehlen, sondern die Durchlässigkeit – in beide Richtungen, auch für Studienabbrecher.[11] Für alle Bildungseinrichtungen ist Offenheit zu fordern für die Vielfalt der Menschen und Biografien und die Bereitschaft, individuelle Lern- und Reifungsprozesse zumindest zuzulassen. Anstelle der verschulten, modularisierten und im Kern fachlich inhaltsentleerten Studiengänge, bei denen der Fokus nicht auf Können und Wissenserwerb liegt, sondern auf dem Einsammeln von Credits und möglichst guten Noten, sind wieder grundständige Fächer und Disziplinen anzubieten. Dazu gehört, den Wahn der unendlich kleinteilig ausdifferenzierten Studiengänge – je nach Zählweise mehr als 18.000 Angebote, die sich teilweise nur in einem Modul unterscheiden und/oder nur von einem Professor vertreten werden – zu beenden und Studiengänge wieder in ein allgemeines Grund- und vertiefendes Hauptstudium zu gliedern. Nebenbei könnten Studierende dann auch wieder zwischen Hochschulen und

11 Vgl. dazu das Modellprojekt „Jobstarter Plus" des BMBF zur Integration von Studienabbrechern in die berufliche Bildung, http://www.jobstarter.de/ (24.07.2014)

Studiengängen wechseln, was derzeit durch unterschiedliche Module und ECTS mitunter nicht einmal innerhalb einer Hochschule möglich ist.

Da diese Diskussionen aufgrund des Bologna-Desasters jetzt ohnehin geführt werden müssen, bietet sich zugleich die Chance, die Fehlentwicklungen der südeuropäischen Staaten zu vermeiden und intelligentere Wege zu gehen. Das heißt konkret, verbindliche Studieneingangstests und qualifizierte Beratungen anzubieten, wie es Universitäten und Hochschulen zum Teil bereits tun (exemplarisch die TU Darmstadt mit dem Fachbereich Maschinenbau). Es kann nicht Ziel sein, dass sich möglichst viele Studierende einschreiben – und dann (nicht nur in technischen und ingenieurwissenschaftlichen Studiengängen) in mehr als 30 % der Fälle ihr Studium abbrechen. Stattdessen sollten alle Bildungseinrichtungen in konzertierten Aktionen junge Menschen qualifiziert beraten und Ausbildungs- und Studienplätze gemäß ihren Fähigkeiten und Interessen anbieten, statt hohe Akademikerquoten um den Preis banalisierter Studiengänge zu produzieren. Akademisches Prekariat – wie in den südeuropäischen Staaten mit Jugendarbeitslosenquoten von über 40 % in Italien und über 50 % in Spanien bis fast 60 % in Griechenland – gibt es schon heute genug. Hohe Akademikerquoten korrelieren dort mit hoher Jugendarbeitslosigkeit – sicher kein Erfolgsmodell.

18.11 Digitaleuphorie: Die besseren Ärzte

Akademisierungsquoten sind ein Glaubenssatz (Dogma), Digitaleuphorie ein weiterer. Der Mathematiker Christian Hesse prophezeite in der Süddeutschen Zeitung, Ärzte könnten bald „einpacken", weil immer exaktere stochastische Methoden die Ärzte ersetzen würden.

> „Um Kranken kompetent zu helfen, muss man nicht mehr genau verstehen, welche Krankheiten sie haben, (…) Hier hilft ‚Big Data', Menschen individuell, gezielt, kompetent und möglichst ohne Fehler zu helfen. (…) Ist die Datenbasis groß genug, wird der Computer auch hier durch microtargeting eine Therapie vorschlagen, die haargenau auf die persönliche Situation zugeschnitten ist – wahrscheinlich besser als die meisten Ärzte. (…) Der Arzt wird sich zu einem weitgehend computerabhängigen Helfer für Kranke hin entwickeln." (Hesse, 2014, S. 2)

Menschliche Ärzte seien etwas für Romantiker, der Computer werde zum Leibarzt, das Know-how von Big Data sorge für weniger Fehler.[12] Das kann man als Einzelstimme eines Stochasti-

12 Dass Hesse der „verantwortlichen Nutzung riesiger Datenmengen" gleich noch das Potenzial zuschreibt, Energie effizient zu nutzen, Verbrechen zu bekämpfen und zu verhindern (wohl als Reverenz an den Film „Minority Report") und die Wissenschaft voranzubringen, zeugt allenfalls von Zahlengläubigkeit, blendet aber die bereits praktizierte Datenerhebung und -auswertung personenbezogener Daten aus.

kers verbuchen, der angesichts der gesammelten Datenmengen den Überblick verloren hat, aus dem Hilfsmittel der Empirie einen Akteur macht und den behandelnden Arzt zum Anhängsel der Computerberechnung degradiert. Stochastik ist, zum Verständnis, dem Wortstamm nach die Kunst des Vermutens oder Ratens. Ein Stochastiker delegiert gemäß diesem Denkansatz das Vermuten oder Erraten der richtigen Therapie an einen Algorithmus, der aus einem Konvolut aus Daten wiederkehrende Muster erkennt und auf Ähnlichkeiten durchsucht, um daraus „richtige Entscheidungen" zu berechnen, den menschlichen Akteure (hier: Ärzte) nur noch zu exekutieren haben.

Dieses Denkmuster – ein Algorithmus berechnet, Menschen exekutieren – scheint mittlerweile üblich. In der EU wird darüber diskutiert, alle Neuwagen mit dem E-Call-System auszustatten, das alle Fahrzeugdaten aufzeichnen kann. Zwar würden diese Daten (Position via GPS, Anzahl der Insassen u. a.) derzeit nur im Falle eines Unfalls gesendet, um die Rettungsmaßnahmen *effizient* einzuleiten. Doch Versicherer (und Polizei) plädieren für die Nachrüstung aller Alt-Fahrzeuge und das konstante Auslesen aller Fahrzeugdaten – als disziplinarische Maßnahme. Wer sich beobachtet fühle, fahre langsamer und weniger aggressiv. Big Data übernimmt die Rolle als fürsorglicher Mahner. Dass man diese präventive Datenerhebung auf alle persönlichen Daten ausweiten kann – und Menschen das freiwillig tun –, zeigt die „quantified self"-Bewegung. Sensoren messen rund um die Uhr Puls und Temperatur, überwachen die Schlafphasen und machen Vorschläge zur Ernährung zwecks Optimierung des Gewichts. Wer mitmacht und seine Daten an die Versicherer sendet, bekommt zur Belohnung Gutscheine fürs Fitness-Studio und bessere Tarife. Wer nicht mitmacht, zahlt mehr.

18.12 Digital ist gut, digital ist besser

Man kann beinahe täglich neue Beispiele ergänzen, wer welche Daten erhebt und wozu das gut sein soll. „Daten zu erheben ist gut, mehr Daten zu erheben ist besser", könnte man Gordon Gecko[13] zitieren. Sogenannte „social media" wie Facebook sind erstklassige Datensammelstellen – für viele. Der Bundesnachrichtendienst (BND) möchte die sozialen Netzwerke daher zukünftig in Echtzeit ausforschen. Das Projekt *Echtzeitanalyse von Streamingdaten* gehört zum Programmpaket *Strategische Initiative Technik* (SIT), kostet ca. 300 Mio. Euro und läuft vorerst bis 2020. Diese Investition sei nötig, um auf den gleichen Stand wie die US-amerikanische NSA (National Security Agency) und die britische GCHQ (Government Communications Headquarters) zu

13 Michael Douglas als Gordon Gecko in *Wall Street*, Regie: Oliver Stone, 1987.

kommen und nicht hinter Länder wie Spanien oder Italien zurückzufallen. Ein anderes Beispiel: Facebooks *Audience Insight*, ein Angebot an Werbetreibende, die personenbezogenen Daten von Facebook-Nutzern nach frei zu wählenden Kriterien wie Alter, Geschlecht, Wohnort, Bildungsstand, beruflicher Position, Konsumverhalten, soziale Kontakte u. v. m. zusammenzustellen. Das korrespondiert mit der Aussage von Douglas Merrill, ehemaliger Chief Information Officer(!) von Google und Gründer von ZestFinance, einem Unternehmen zur Bonitätsprüfung, das nach eigener Aussage bereits 80.000 Indikatoren vor Kreditvergaben auswertet: „Alle Daten sind Kreditdaten." (Morozov, 2014, S. 9)

> *Es kann nicht im Interesse von Lehrenden wie Lernenden sein, dass vertrauliche Daten zu Unterricht, Übungen oder Bewertungen von Unternehmen und Geheimdiensten mitgelesen werden.*

Dazu kommt das Suchtpotenzial dieser Digitalgeräte. Viele Studierende schaffen es kaum noch, einer Vorlesung 90 Minuten zu folgen, ohne zwischendurch (zumindest heimlich) nachzuschauen, was an E-Mails oder Tweets (Twitter-Meldungen) in ihren sozialen Netzwerken gepostet, getweetet, re-tweetet, gechattet oder gebloggt wurde. Man kann diese Geräte und Dienste sicher „spielerisch" in den Unterricht einbinden, wie es einige Kollegen mit Online-Quiz u. Ä. probieren – und bietet den Suchtgefährdeten ihr Suchtmittel als Teil des Unterrichts an.

Es zeigt: Der Einsatz von „social media"-Plattformen ist für die Lehre sowohl aus datenschutzrechtlichen Gründen (zumal bei minderjährigen Schutzbefohlenen in Schulen) wie aus lernpsychologischen Gründen der falsche Weg. Man kann einem Alkoholiker nicht vom Alkohol entwöhnen, indem man ihm in jeder Sitzung mit Alkohol versorgt, wenn auch in kleinen Portionen und quasi unter Aufsicht. Unterricht muss stattdessen wieder das Aufmerksamkeitsvermögen und andere Rezeptionsverhaltensformen trainieren und Alternativen anbieten, statt die gewohnten Rezeptionsmuster am Touchscreen auch noch in Lernprozessen zu adaptieren. (Den radikalen Weg gehen US-amerikanische Schulen: Alle Smartphones werden beim Betreten der Schule und vor dem Unterricht in Schließfächer eingeschlossen, um überhaupt noch unterrichten zu können.)

18.13 Das Zusammenspiel

Empirische Bildungsforschung und PISA, MOOC und Digitalisierung der Lehre: Erst die Gesamtsicht verdeutlicht das Zusammenspiel neoliberaler Wirtschaftspolitik mit Steuerungstendenzen zur Ökonomisierung von Sozialsystemen. Der Anspruch (und die Behauptung des Ge-

lingens) hat seine Wurzeln im technokratischen Denken seit Mitte des 20. Jahrhunderts. Dazu gehören (vgl. Graupe, 2011):

- die kybernetischen Denkschulen mit der Vision der vollständigen Steuerbarkeit aller (auch menschlicher) Prozesse, von den Macy Conferences (1946–1953) über Kybernetiker wie Norbert Wiener und Heinz von Foerster) und Informationstheoretikern (C. E. Shannon) bis zu Ray Kurzeweils technischem Singularismus, der heute noch die Verlagerung des menschlichen Bewusstseins ins Netz (und damit wieder einmal: die Unsterblichkeit) propagiert;
- das aus kybernetischen Steuerungsmodellen und der Verhaltensforschung abgeleitete, behavioristische „programmierte Lernen", wie es B. F. Skinner u. a. in den 1950er-Jahren als operante Konditionierung propagierte (operant, da sich die Protagonisten aktiv beteiligen, wie die Labormäuse im Käfig, die für das Drücken der richtigen Taste mit Futter belohnt werden);
- als Subform die Kreativitätsforschung, der Versuch, „kreatives" (als problemlösendes) Verhalten zu systematisieren und zu instrumentalisieren, in den 1950er-Jahren als Reaktion auf den Sputnik-Schock, heute als Quelle von Innovationen in der Industrie, wobei als kreativ nur definiert wird, was sich an Ideen oder Entwicklungen monetarisieren lässt;
- das neoliberale Denken der „Chicago School" mit der Reduktion des Menschen und seiner Handlungsoptionen auf den „homo oeconomicus" (Gary Becker, Th. William Schultz, Georg Stigler, Milton Friedman u. a.) und der heute üblichen Selbstoptimierung und -vermarktung.

Erst dieser – aus humanistischer wie demokratischer Sicht ungenießbare – Cocktail aus Steuerungsmodellen und Kontrollstrukturen erlaubt, die heutigen Diskussionen zu Lehr- und Lernkonzepten, zu (Hoch-)Schulen und Ausbildungswegen historisch herzuleiten, als Wiederkehr des immer Gleichen zu enttarnen und die dahinter stehenden Ziele zu benennen: die Vermessung und Steuerung des Menschen zwecks Optimierung ökonomischer Rendite.

18.14 Was tun?

Der Autor ist nicht vermessen genug, in wenigen Zeilen den Umbau des gesamten deutschen Bildungssystems zu fordern, wie man es von CHE-Vertretern, australischen Verlegern oder amerikanischen Computerveteranen lesen kann. Mit Lenzen (2014b) sei stattdessen an erster Stelle

die Besinnung auf das ausdifferenzierte, mehrgliedrige deutsche Bildungssystem verwiesen. Und an Immanuel Kant. „Sapere aude! Habe Muth, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!", schreibt er 1784 in seinem Aufsatz: „Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?" Den ersten Satz kann man als Aufforderung lesen, sich gegen die Entmündigung durch eine vermeintlich objektivierende Empirie (vgl. Liessmann, 2010; Jahnke, 2012) und entmündigende Algorithmen zu wehren: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit." (Kant, 1784) Selbstverschuldet ist die Unmündigkeit, weil es keinerlei Notwendigkeit gibt, z. B. bestimmte Suchmaschinen zu nutzen oder bei bestimmten Lieferanten zu bestellen, die das Monopol in ihrem Segment anstreben. „Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen", wofür der unreflektierte Glaube an Statistik wie an die „Vorschläge" von Software und Applikationen als Beispiel dient.

> „Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Muthes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen." (Kant, 1784)

Fehlender Mut ist das eine, Faulheit, Feigheit und Bequemlichkeit sind die anderen Gründe, warum so viele Menschen „zeitlebens unmündig" bleiben (wollen). Und weiter: „Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt usw., so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen. Ich habe nicht nötig zu denken, wenn ich nur bezahlen kann; andere werden das verdrießliche Geschäft schon für mich übernehmen." (Kant, 1784) Bezahlen statt selbst zu denken – als hätte Kant die Smartphone- und App-Abhängigen antizipiert. Das Buch ist heute das Smartphone, der Arzt wahlweise Google, Facebook oder andere Monopolisten. Hauptsache, jemand übernimmt das „verdrießliche Geschäft" des Denkens. Neil Postman forderte schon 1999 eine zweite Aufklärung gegen Fortschritts- und Technikgläubigkeit (vgl. Postman, 1999). Die aktuelle FAZ-Debatte zum „technischen Totalitarimus" schließt direkt daran an.

Eine weitere Frage ist, warum aus Ausbildungsgängen Studiengänge werden sollen. Was ist das primäre Ziel, was sind die weiteren Ziele? Was Sozial- wie Gesundheitsberufe sicherlich verdienen, ist eine höhere Anerkennung und Bezahlung. Ob dafür die aktuell diskutierte Akademisierung der Ausbildung der richtige Weg ist, sollte zumindest hinterfragt werden. Die skandinavischen Länder gehen andere Wege. So werden dort z. B. Erzieher und Lehrer besser bezahlt, aufgrund der finanziellen Wertschätzung ist auch der Sozialstatus dieser Berufe höher. Das Gegenbeispiel liefert Großbritannien. Studierte Betriebswirte (im Kern Kaufleute) und Juristen gibt

es im Übermaß. Handwerker haben dort bessere Berufsperspektiven und verdienen auch mehr. Der Spruch *Handwerk hat goldenen Boden* trifft dort zu.

Daran anknüpfend sollte man, auch in Gesundheits- und Sozialberufen, überlegen, ob nicht eine erste berufspraktische Ausbildung der sinnvollere Einstieg in ein aufbauendes Studium wäre. Zumindest die (Fach-)Hochschulen machen mit dieser Form der Weiterqualifizierung bereits sehr gute Erfahrungen. Berufstätige studieren deutlich disziplinierter und zielorientierter, auch in Teilzeitstudiengängen. Und die lange Lehrerfahrung zeigt, dass das Interesse an und das Verständnis für die Theorie eines Fachs oft durch die Berufspraxis steigen.

Weitere Überlegungen zu Perspektiven medialen Lernens und die hochschulische Ausbildung in Gesundheitsberufen wurden im Text bereits genannt, sollen hier aber noch mal zusammengefasst werden. Es empfiehlt sich, begrifflich korrekt von *Medien in der Lehre* zu sprechen und deren Einsatz an die konkrete Unterrichtssituation, an das Thema und die Vermittlungsaufgabe zu knüpfen, denn der Einsatz von Lehrmedien in Unterrichtssituationen ist immer inhaltlich und didaktisch begründet. Gerade angehende Lehrer sollten ihren Unterricht ohne Digitalmedien und Internetanschluss planen und durchführen. Wer seinen Unterricht von Geräten und einem Netzanschluss abhängig macht, muss sich fragen lassen, welche Inhalte vermittelt werden, denn nicht einmal für den Programmier-Unterricht sind PC und Netz vonnöten – dafür genügen Tafel und Kreide. Erst zum Kompilieren (Übersetzen in Maschinensprache) ist ein Rechner zwingend erforderlich.

Natürlich kann man digitale Medien und Netzwerke im Unterricht einsetzen: als geschlossene Netze vor Ort, ohne Internetanschluss, zumindest bis die technische Infrastruktur, Verschlüsselungsprogramme und die Datensicherheit deutschen bzw. europäischen Anforderungen des Datenschutzes genügen. In diesen geschlossenen Netzen – auch ortsübergreifend, wenn z. B. ein gemeinsamer Server benutzt wird, immer aber mit direkten Verbindungen (1:1) zwischen den beteiligten Rechnern – lassen sich eigene Wikis oder Netzauftritte aufsetzen. Denn die Kooperation zwischen Bildungseinrichtungen ist ebenso förderlich wie die Zusammenarbeit in den Kollegien. Nur sollte man selbst bestimmen (können), wer Zugriff auf die Daten hat. Hier ist die enge Zusammenarbeit mit Informatikern und Computerforensikern mit ihrer Fachkenntnis und Expertise gefragt. Aber die Veröffentlichungen und Diskussionen des letzten Jahres haben gezeigt:

Wir müssen IT und Netzwerkstrukturen neu denken, alternative Hard- und Software entwickeln und (vermutlich europäische) Strukturen aufbauen, um Digitaltechnik als kontrollierbares wie kontrolliertes Werkzeug zu nutzen.

Das beschränkte utilitaristische Verständnis von der Technik wie von den Medien wird dem Menschen und Lernprozessen nicht gerecht. Empirie und Zahlengläubigkeit sollte auf das reduziert, was sinnvoll ist, aber nicht als Matrix bzw. Handlungsanweisung im Umgang mit Menschen missbraucht werden. Was die Digitalisierung betrifft: Statt immer weiter in Technik zu investieren, brauchen wir mehr Tutoren, Mentoren, Pädagogen, Lehrer in jeder (Hoch-)Schule.

Menschen wollen lernen. Menschen lernen von anderen und auch mithilfe von Medien, unabhängig von deren technischer Codierung. Zentral ist aber immer der direkte Kontakt, das Miteinander. Es gibt das Sprichwort: „Um ein Kind zu erziehen, braucht man ein ganzes Dorf." Wir sollten ihn ausweiten und formulieren: „Es braucht eine ganze (Hoch-)Schule mit allen Beteiligten, um zu lehren und zu lernen und junge Menschen sich gemäß ihren Möglichkeiten entwickeln zu lassen." Und es braucht Freiräume und freie Zeiten für andere, auch nicht zweckgebundene Interessen. Denn eines sollten alle Lehrenden und Lernenden bei den Diskussionen zu (Aus-) Bildung und Akademisierung immer im Hinterkopf behalten:

> „Bildung ist etwas, das Menschen mit sich und für sich machen: Man bildet sich. Ausbilden können uns andere, bilden kann sich jeder nur selbst. Das ist kein bloßes Wortspiel. Sich zu bilden, ist tatsächlich etwas ganz anderes, als ausgebildet zu werden. Eine Ausbildung durchlaufen wir mit dem Ziel, etwas zu können. Wenn wir uns dagegen bilden, arbeiten wir daran, etwas zu werden – wir streben danach, auf eine bestimmte Art und Weise in der Welt zu sein." (Bieri, 2008, S. 1)

Literatur

Bieri, P. (2008). *Wie es wäre, gebildet zu sein.* In: Göppel, R./Lenhart, V./Rihm, T./Schön, B. (Hrsg.): Bildung ist mehr. Potentiale über Pisa hinaus. Heidelberg: Mattes Verlag, S. 13–24.

Bischof, L./Stuckrad, T. von (2013). *Die digitale (R)evolution? Chancen und Risiken der Digitalisierung akademischer Lehre.* Arbeitspapier 174 (CHE). http://www.che.de/downloads/CHE_AP_174_Digitalisierung_der_Lehre.pdf (24.08.2014).

CHE – Centrum für Hochschulentwicklung (2013). *Digitalisierung der Hochschullehre: Potenziale noch weitgehend ungenutzt* (Pressemeldung vom 30.10.2013). http://www.che.de/cms/?getObject=5&getNewsID=1637&getCB=398&getLang=de (24.07.2014).

Dräger, J. (2013). *Maßgeschneiderte Vorlesungen für alle.* Die Zeit, 21. 11.2013. http://www.zeit.de/2013/48/onlinekurse-personalisierung-bildung (26.08.2014).

Gelernter, D. (2012). *Hausfrauen und Polizisten – Jeder ist als Lehrer geeignet.* FAZ, 08.02.2012, S. N5.

Golem.de (2013). *E-Learning. Udacity bietet kostenpflichtige Kurse an.* http://www.golem.de/news/e-learning-udacity-bietet-kostenpflichtige-kurse-an-1311-102783.html (24.08.2014)

Graupe, S. (2011). *Humankapital.* In: DL – Deutscher Lehrerverband (Hrsg.): Wozu Bildungsökonomie? (Fachtagung 2011), S. 35–50. http://lehrerverband.de/DL_Tagungsdokumentation_2011_Bildungsoekonomie.pdf (24.08.2014).
Hesse, C. (2014). *Der Arzt kann einpacken.* Süddeutsche Zeitung, 21.05.2014, S. 2.
Honig, C. (2013). *IKEA der Bildung".* In: Hochschule/ Wissenschaft, (Hochschule Mittweida). http://www.die-novum.de/714/ikea-der-bildung/ (30.08.2014).
Jahnke, T. (2012). *Die Illusion der Statistiker.* http://bildung-wissen.eu/fachbeitraege/die-illusion-der-statistiker.html (24.07.2014).
Janich, P. (2009). *Kein neues Menschenbild: Zur Sprache der Hirnforschung.* Frankfurt: Suhrkamp.
Kant, I. (1784). *Was ist Aufklärung?* http://www.digbib.org/Immanuel_Kant_1724/Was_ist_Aufklaerung (30.08.2014).
Kühl, S. (2012a). *Der Sudoku-Effekt. Hochschulen im Teufelskreis der Bürokratie. Eine Streitschrift.* Bielefeld: transcript.
Kühl, S. (2012b). *Der Mythos vom berufsqualifizierenden Studienabschluss.* http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Working-Paper-6_2012-Kuehl-Stefan-Der-Mythos-vom-berufsqualifizierenden-Studienabschluss-19.12.2012.pdf (30.08.2014).
Lankau, R. (2011). *„Bildung ist das letzte Reservat". Kommentar.* http://bildung-wissen.eu/kommentare/bildung-ist-das-letzte-reservat.html (24.08.2014).
Lankau, R. (2012a). *Institutionalisierte Denkfehler (IDF).* http://bildung-wissen.eu/wp-content/uploads/2012/07/institutionalisierte_denkfehler.pdf (24.08.2014).
Lankau, R. (2012b). *Sudoku.* http://bildung-wissen.eu/fachbeitraege/sudoku.html (24.08.2014).
Lankau, R. (2013). *Gütersloher Bildungsk(l)ick. CHE empfiehlt die Standardisierung der Lehre und private Online-Angebote.* http://bildung-wissen.eu/wp-content/uploads/2013/11/guetersloher_bildungsklick_pub.pdf (24.08.2014).
Lankau, R. (2014a). *MOOC. Ohne Dozenten geht es nicht.* http://www.zeit.de/2014/03/online-kurse-anti-mooc (27.08.2014).
Lankau, R. (2014b). *Propaganda, Medien, Märkte oder: Wie man das Feld der Bildungsmärkte bestellt.* http://bildung-wissen.eu/fachbeitraege/propaganda-medien-maerkte.html (24.08.2014).
Ladenthin, V. (2012). *Kompetenzorientierung als Indiz pädagogischer Orientierungslosigkeit.* http://bildung-wissen.eu/fachbeitraege/kompetenzorientierung-als-indiz-padagogischer-orientierungslosigkeit.html (27.08.2014).
Ladenthin, V. (2014). *Warum und Wozu empirische Bildungsforschung?* http://bildung-wissen.eu/wp-content/uploads/2014/05/ladenthin_zur_praxis_paedagogischer_empirischer_forschung.pdf (27.08.2014).
Lenzen, D. (2014a). *Bildung statt Bologna.* Berlin: Ullstein.
Lenzen, D. (2014b). *Die Falle von Bologna.* Die Welt, 14.04.2014. http://www.welt.de/print/die_welt/debatte/article126909345/ (24.08.2014).
Liessmann, K. P. (2010). *Was der Glaube an Statistiken bewirkt – eine Nachlese zu PISA.* FAZ, 23.12.2010. http://bildung-wissen.eu/wp-content/uploads/2011/05/23.12.2010-Was-der-Glaube-an-Statistiken-bewirkt-eine-Nachlese-zu-PISA.pdf (24.08.2014).
Meyer, H.-D./Zahedi, K. (2014a). *Open Letter to Andreas Schleicher, OECD, Paris.* http://oecdpisaletter.org/2014/04/28/open-letter-to-andreas-schleicher-oecd-paris/ (24.08.2014).

Meyer, H.-D./Zahedi, K. (2014b). *Offener Brief an Andreas Schleicher, OECD, Paris.* http://bildung-wissen.eu/fachbeitraege/nein-zu-pisa-offener-brief-an-andreas-schleicher.html (24.08.2014).

Morozov, E. (2014). *Privatheit wird Diebstahl.* FAZ, 20.05.2014, S. 9.

Murdoch, R. (2011). *Bildung ist das letzte Reservat.* FAZ, 10.06.2011. http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/forschung-und-lehre/zukunftspotentiale-bildung-ist-das-letzte-reservat-11426-p3.html?printPagedArticle=true#pageIndex_4 (24.08.2014).

Neubecker, N. (2014). *Die Debatte über den Fachkräftemangel. DIW Roundup Politik im Fokus.* http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.435016.de/diw_roundup_4_de.pdf (24.08.2014).

Pias, C. (2013). *Eine kurze Geschichte der Unterrichtsmaschinen.* FAZ, 10.12.2013. http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/forschung-und-lehre/automatisierung-der-lehre-eine-kurze-geschichte-der-unterrichtsmaschinen-12692010.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2 (30.08.2014)

Postman, N. (1999). *Die zweite Aufklärung. Vom 18. ins 21. Jahrhundert.* Berlin: Berlin Verlag.

Schuler, T. (2010). *Bertelsmann-Republik Deutschland. Eine Stiftung macht Politik.* Frankfurt/New York: Campus.

Statistisches Bundesamt (2014). *Zahlen & Fakten. Allgemeinbildende und berufliche Schulen.* https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/AllgemeinBildendeBeruflicheSchulenSchularten.html (23.08.2014).

19 Vom Feldscher zum Neurochirurgen – und weiter? Anmerkungen zur (De-) Professionalisierung des Arztberufs

PAUL U. UNSCHULD

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich, wie vergleichbare Systeme in anderen hoch industrialisierten europäischen Ländern auch, in einem tiefgreifenden Wandel. Globale makrowirtschaftliche Entwicklungen zwingen die deutsche Gesellschaft, ihre Einrichtungen und Strukturen den neuen Herausforderungen anzupassen. Auch das Gesundheitssystem ist von diesen Entwicklungen betroffen. Anders als früher, hängt das Wohlergehen eines Landes nicht mehr von seiner militärischen und industriell produktiven Stärke ab. Somit hat das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik nicht mehr die höchste Priorität. Das wiederum hat aus Sicht des Autors zur Folge, dass eine Deprofessionalisierung von Ärzten stattfindet. Zunehmend wird die Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge auf allen Ebenen der nationalen Politik von kommerziellen Aspekten und Überlegungen bestimmt. Zudem wird den Ärzten seitens nicht medizinischer Interessengruppen aber auch unter Berücksichtigung von Rentabilitätsforderungen verstärkt vorgeschrieben, wie ihre diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten zu definieren sind. Die Vergütung für ihre Dienstleistungen wird zunehmend vom Gesundheitsfonds und von Regierungsrichtlinien erlassen. Bei einem derartigen Kontrollverlust über wesentliche Elemente ihrer Praxisausübung, ist eine Deprofessionalisierung von Ärzten eine unvermeidliche Folgeerscheinung des sich wandelnden Gesundheitssystems.

Das Konzept der Professionalisierung[1] geht auf die Studien amerikanischer Soziologen zurück, die sich Mitte des 20. Jahrhunderts die Frage nach den Eigenarten bestimmter Berufsgruppen stellten. Carr-Saunders und Wilson veröffentlichten bereits 1933 das wohl einflussreichste Werk zu diesem Thema. „The Professions" regte ungezählte weitere Untersuchungen an (vgl. Carr-Saunders/Wilson, 1933). Grundlegend blieb allerdings stets der ursprüngliche Ansatz, zwischen „professions" und „non-professions" zu unterscheiden. Da es schwierig war, die Grenzen zwischen „professions" und „non-professions" zu ziehen, führten spätere Autoren Zwischenstufen wie „para-professions", „meta-professions" oder „semi-professions" ein (vgl. z. B. Austin, 1978; Etzioni, 1969). Die dynamische Komponente dieses Konzepts beschränkte sich darauf zu untersuchen, wann und unter welchen Umständen bestimmte Berufsgruppen aus dem Status der „non-profession" in den einer profession bzw. der genannten Zwischenstufen wechselten. Dieser Statuswechsel wurde mit dem Begriff „professionalization" gekennzeichnet.

1 Der Beitrag basiert auf einem Vortrag des Autors, der am 17. Juni 2009 in Bern im Rahmen des Tagungsthemas „Zum Wandel der Berufe im Gesundheitswesen: Außensichten und Innensichten" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gehalten wurde.

Der Autor des vorliegenden Beitrags lernte diese Denkweise in den 1970er-Jahren in den USA kennen. Er empfand die starre Gruppeneinteilung als unzureichend und führte demzufolge ein flexibleres Konzept der „professionalization“ ein (vgl. Unschuld, 1978). Dieses Konzept geht von der stetig wechselnden Kontrolle einer jeden Berufsgruppe über diejenigen Mittel aus, die in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit dieser Gruppe stehen. Als Mittel werden hier in erster Linie das Wissen und die Entlohnung bezeichnet. Zudem spielt auch z. B. das institutionelle Umfeld eine Rolle, in dem eine Tätigkeit ausgeübt wird. Die Professionalisierung wird in diesem Ansatz als ein andauernder Vorgang gesehen, in dessen Verlauf eine Gruppe entweder mehr oder weniger Kontrolle über die tätigkeitsspezifischen Mittel ausüben kann. Hätte beispielsweise eine Berufsgruppe eine vollständige Kontrolle über die Schaffung und Anwendung ihres Wissens sowie über die Entlohnung ihrer Tätigkeit, dann könnte man von einer 100%-ig professionalisierten Berufsgruppe sprechen (dies ist natürlich ein recht unwahrscheinlicher Fall). Am anderen Ende stünde eine Berufsgruppe, die erstens das Wissen, das sie zu ihrer Tätigkeit benötigt, vollständig von anderen Gruppen vorgetragen erhält, die zweitens nicht selbstständig entscheidet, wann sie dieses Wissen anwendet, und die drittens auch keinen Einfluss auf die Entlohnung ihrer Tätigkeit ausüben kann. Dies sind hypothetische Endpunkte einer Skala. Das Konzept sieht somit keine Trennung von „professions“ und „non-professions“ vor, sondern einen andauernden, fließenden Wandel, der sich auf der genannten Skala auf und ab bewegt. Im Grunde geht es also bei der Professionalisierung um einen Gewinn an Selbstständigkeit, während bei der Abwärtsbewegung auf der Skala, die wir mit Deprofessionalisierung bezeichnen, ein Verlust der Selbstständigkeit zu beobachten ist. Man könnte für den Bereich größter Selbstständigkeit auch den alten deutschen Begriff des Standesberufs in Erinnerung rufen. Von bestimmten Berufsgruppen als „Professionen“ zu sprechen, um sie von anderen Berufsgruppen abzugrenzen, ergibt im Rahmen dieser Sichtweise keinen Sinn mehr.

Vor diesem Hintergrund lassen sich Professionalisierung und Deprofessionalisierung auch im Hinblick auf die Berufe im Gesundheitswesen untersuchen. Im alten Konzept der professionalization bestand ständig Uneinigkeit darüber, ob beispielsweise die „nurses“ als profession (wie sie von sich selbst behaupteten), als „para-profession“ (wie die Soziologen konzedierten) oder als „non-profession“ (wie die Ärzte von den „nurses“ behaupteten), einzuschätzen sind. Das neue Konzept ermöglicht eine sorgfältige Untersuchung mit einer flexiblen Einordnung auf der Skala beruflicher Selbstständigkeit.

Die Ärzteschaft hat in der Antike auf einem sehr niedrigen Niveau der Selbstständigkeit begonnen. Das von den Ärzten angewandte Wissen war keineswegs auf ihre eigene Berufsgruppe

beschränkt. Philosophen hatten ebenso ein Mitspracherecht wie die Laien, die einen Großteil therapeutischer Maßnahmen noch selbst beherrschten und nur in solchen Fällen, in denen sie nicht weiter wussten, die Ärzte in Anspruch nahmen. Der Bedarf an solchen Spezialisten war daher gering und es lohnte sich kaum, an einem Ort sesshaft zu praktizieren. Die Entlohnung folgte dem Beispiel der Handwerker. Nur wenn der „Kunde" zufrieden war, zahlte er das vereinbarte Entgelt. Misserfolge oder gar Todesfälle konnten für die Ärzte kostspielig werden. Grundsätzlich begegnete die Bevölkerung den Ärzten mit Misstrauen; dies wegen der Frage, warum sich jemand dieser Tätigkeit widmet. Die Ärzteschaft stand somit unter einem Rechtfertigungsdruck: Zum einen war eine öffentliche Kollegenkritik sehr verbreitet und zum anderen gab es den sogenannten Eid des Hippokrates. Dieser Eid, der aller Wahrscheinlichkeit erst Jahrhunderte nach dem Tode des historischen Hippokrates verfasst wurde, richtete sich an die Öffentlichkeit. Er warb um Vertrauen und sollte Misstrauen abbauen, indem er die Einhaltung der gesellschaftlichen Wertvorstellungen seitens der praktizierenden Ärzte betonte. Wir bezeichnen diese Dimension des Eides als *Ethik*. Zusätzlich besaß der Eid noch eine weitere Dimension, die wir Etikette nennen. Sie richtete sich an die Kollegen und forderte von diesen Verhaltensweisen, die geeignet schienen, das Bild der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit zu verbessern (vgl. Unschuld, 2014, S. 143 f.). In diesem Zusammenhang ist vor allem auch das Verbot der Kollegenkritik anzuführen. Früh erkannten ärztliche Intellektuelle, dass öffentlich geäußerte Kollegenkritik zwar dem einen oder anderen Arzt einen kurzfristigen Vorteil bringt, aber der Gruppe insgesamt schadet. Diese Kritik nährt steten Zweifel an der Kompetenz und den Motiven der meisten Ärzte. Zudem leidet der Ruf der Ärzteschaft an sich darunter. Auch die Werbung stellt eine Art öffentlicher Kollegenkritik dar und war daher bis in die jüngste Zeit in westlichen Gesellschaften berufsrechtlich verpönt. Werbung besagt nichts anderes als „Ich bin besser, alle anderen sind schlechter". Auf diese Weise wird die Leistungsqualität der Berufsgruppe insgesamt angezweifelt.

Bis in das 19. Jahrhundert kam die Verselbstständigung der Ärzteschaft nur langsam voran. Es gab Abgrenzungsversuche zu Laien, Quacksalbern, Chirurgen und anderen therapeutisch tätigen Berufsgruppen, aber die eigenen Erfolge waren keineswegs so, dass die Gesellschaft bereit gewesen wäre, den Ärzten ein vollkommenes Monopol zu überlassen. Noch in den 1860er-Jahren war die Politik im Deutschen Kaiserreich bereit, nicht ärztlichen Berufsgruppen die „Kurierfreiheit" zuzugestehen; erst die Nationalsozialisten beendeten diesen Zustand. Sie nannten alle nicht ärztlichen Berufsgruppen Heilpraktiker und verboten im Jahre 1939, unter Wahrung des Bestandschutzes, die weitere Ausbildung solcher Heiler. Anfang der 1950er-Jahre erfolgte die Aufhebung des Heilpraktikergesetzes in der Bundesrepublik Deutschland als NS-Gesetz. In der

DDR blieb es bis zu der Wiedervereinigung im Jahre 1989 gültig. Dies bedeutet, dass es zumindest in Deutschland kaum eine Zeit gegeben hat, in der die Ärzte den höchstmöglichen Grad der Professionalisierung erreicht hätten. Nur in der NS-Zeit hat die Politik die höchste Position der Gesundheitspolitik mit Ärzten besetzt; in der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Politik stets das Primat über ärztliche Interessen vorbehalten, ein Arzt als Gesundheitsminister war (zumindest bis 2009, als Dr. med. Philipp Rösler Bundesgesundheitsminister wurde) kaum denkbar.

Eine vollständige Verselbstständigung ist auch deshalb nicht möglich gewesen, weil der Ärzteschaft in der Bevölkerung bis in die Gegenwart, ungeachtet aller noch so eindrucksvollen therapeutischen Fortschritte des 19. und 20. Jahrhunderts, ein andauerndes Misstrauen entgegengebracht wird. Nach wie vor steht die folgende Frage im Raum: Können die Ärzte auch das, was sie versprechen? Nach wie vor ist die Frage nach dem Motiv gültig: Menschlichkeit oder Habgier, *creed or greed*? Die Ärzteschaft in Europa hat auf der Professionalisierungsskala einen enormen Sprung nach oben verbuchen können, als ihr im Laufe der Zeit zwei historisch einmalige Privilegien zugebilligt wurden. Die Öffnung der körperlichen und der sozialen Intimsphäre ist das *erste Privileg*. Hier darf eine Schranke durchbrochen werden, die sonst jedem Außenstehenden verschlossen bleiben muss. Der Arzt darf sich dem Körper seiner Gegenüber überall nähern, auch dort, wo er sonst verdeckt bleibt. Zudem darf der Arzt Fragen stellen, die sich auf den Lebenswandel und die Gewohnheiten des Patienten beziehen. Es sind Fragen, die man niemandem sonst beantworten würde. Mit diesem ersten Privileg bleibt stets die Frage verbunden, ob es nicht ausgenutzt wird. Schließlich steht auch die Frage im Raum, ob die Ärzte überhaupt all das anwenden und ausüben dürfen, was sie können, ob sie nicht Gott ins Handwerk pfuschen. Gerade in der heutigen Zeit erhält dieser Zweifel mancherorts wieder reiche Nahrung.

Allen diesen Verdachtsmomenten musste die Ärzteschaft in der Vergangenheit entgegentreten, um als Gruppe insgesamt einen möglichst hohen Grad der selbstständigen, selbst verantworteten Tätigkeit zu halten und vielleicht noch zu verbessern. Wo das Misstrauen der Gesellschaft überhand nimmt, da werden den Ärzten Kontrollinstanzen übergeordnet – ein Zeichen geringerer Professionalisierung. Man muss lediglich über einen längeren Zeitraum die Schlagzeilen auf den Frontseiten der Boulevardzeitungen anschauen, die den Ärzten gewidmet sind. Man erkennt sofort, dass Hinweise auf „Pfusch", „Habgier", „Verletzung der Intimsphäre" und „Hybris" für jeden Zeitungsmacher willkommene Meldungen sind. Die Angst in der Bevölkerung vor solchen Vorkommnissen bzw. einem solchen Verhalten, lässt die Auflagen der entsprechenden Zeitungsausgaben in die Höhe schnellen.

Allerdings ist im 19. und auch 20. Jahrhundert eine erhebliche Aufwärtsbewegung auf der Skala der Professionalisierung festzustellen (vgl. Siegrist, 2012, S. 1100 f.). Die Gründe hierfür liegen weniger in dem Bemühen der Ärzteschaft selbst, sondern mehr in den äußeren Faktoren. Die Durchsetzungskraft des naturwissenschaftlichen Weltbilds verhalf der auf diesem Weltbild gegründeten modernen westlichen Medizin zum Durchbruch. Die Erfolge, die in unzähligen Bereichen von Wissenschaft und Technik erzielt wurden, ließen auch die Medizin in einem anderen Licht erscheinen. Es wurde positiv gewertet, dass sich die Medizin der Wissenschaft und Technik bediente. Das Ansehen der Ärzte, die diese Medizin mit rasch aufeinanderfolgenden Erfolgen weiterentwickelten und in den Operationssälen praktizierten, wuchs ebenso rasch (vgl. Unschuld, 2014, S. 42).

Doch ein weiterer Punkt war ebenso wichtig: Mit der Entstehung der Nationalstaaten im späten 18. Jahrhundert begann eine Phase der Konkurrenz dieser Staaten, deren Erfolg oder Misserfolg im Wesentlichen auf die Stärke der Volksheere und die neuen Industrien gegründet war. Eine möglichst große Basis gesunder Männer und bald auch Frauen war erforderlich, um die Bedürfnisse des Militärs und der Wirtschaft zu befriedigen. Das Konzept der Volksgesundheit sah die Gesundheit der Bevölkerung als Mittel zum Zweck der Stärkung des Staates (vgl. Unschuld, 2014, S. 33 ff.). In diesem Zusammenhang ist das *zweite Privileg* zu nennen, das ganz entscheidend zu dem guten Image der Ärzte beigetragen hat: Die Ärzteschaft erhielt den Status gleichsam eines Anwalts der Gesundheit der Gesamtbevölkerung – ohne Ansehen von Einkommen oder gesellschaftlichem Status. Die Politik musste darauf achten, dass die gesamte Bevölkerung einen ausreichenden Gesundheitsstatus hatte. Die Gesundheitspolitik nutzte das Wissen der Ärzte und gab dieser das Privileg, auch unangenehme Fragen an die Mächtigen und Besitzenden zu stellen, sobald sich Arbeits-, Wohn- und allgemeine Lebensbedingungen als gesundheitsgefährdend erwiesen. Dieser europäische Sonderweg führte nicht nur zu einem nie gekannten Gesundheitsniveau, er führte auch zu einem Professionalisierungsgewinn der Ärzteschaft insgesamt. Die „Halbgötter in Weiß" waren geboren. Ärztliches Wissen wurde in erster Linie von Ärzten für Ärzte geschaffen; Ärzte bestimmten, ohne Rücksicht auf finanzielle Grenzen, wie sie ihre Patienten zu therapieren gedachten, und die Entlohnung lag ebenfalls weitgehend in ihrem eigenen Ermessen. Ärzte wurden nicht mehr nach dem Ergebnis, sondern nach der Qualität der Durchführung ihrer Tätigkeit beurteilt. Die Beurteilung blieb Kollegen vorbehalten, denn der Laie kann eben nur das Ergebnis und nicht die Tätigkeit selbst bewerten. Darüber hinaus ließen sich noch andere Zeichen einer hohen Professionalisierung bzw. Verselbstständigung anführen.

Die Situation hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geändert. Es hat den Anschein, dass der politische Druck auf den Staat, Gesundheit für alle notfalls auch mit Zwang

durchzusetzen, geringer geworden ist. Wir benötigen keine Volksheere mehr. Die Industrie hat eher zu viele gesunde Arbeitswillige als Arbeitsplätze. Die Sorge um die eigene Gesundheit wird zunehmend wieder privater Selbstzweck, statt staatlich definiertes Mittel zum Zweck. Der Staat sieht die Gesundheit zunehmend weniger als hoheitliche Aufgabe. Europa hat ein hohes Niveau erreicht und dieses Niveau wird auch so schnell nicht verloren gehen. Aber die Strukturen ändern sich. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat erstmals in der Geschichte zu einer Sichtweise geführt, in der der Kranke volkswirtschaftlich nicht als Belastung, sondern als Gewinnmöglichkeit eingestuft wird. Kommunale Träger übergeben die Verantwortung für ihre Krankenhäuser und ihre Universitätskliniken an private, renditeorientierte Investoren. Die gesetzlichen Krankenkassen sind aus ihrer traditionellen Rolle als unscheinbare Mittler zwischen Beitragszahlern einerseits und medizinischen Leistungserbringern andererseits entlassen und dürfen als Wirtschaftsunternehmen mit Eigeninteressen agieren.

Da erweist es sich als günstiger, wie es in Deutschland im internen Sprachgebrauch der Krankenkassen heißt, „die Versicherten zielgerichtet zu verkranken", als die Ärzte allein entscheiden zu lassen, wie sie ihre Patienten behandeln möchten. Ärzte, die immer noch ausgebildet werden, ihre Patienten nach fachlich-ethischen Gesichtspunkten zu behandeln, stören den freien Fluss der Produkte von der Industrie zu den Patienten, die nun folgerichtig „Kunden" genannt werden sollen (vgl. Unschuld, 2014, S. 108). Ärzte, die im herkömmlichen Sinne handeln, stören auch die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen, und werden daher im gemeinsamen Interesse mit der Gesundheitspolitik aus den Zentren der Entscheidung in Randbereiche marginalisiert (vgl. Unschuld, 2001/2002).

Schauen wir noch einmal auf die Höchstformen der Professionalisierung. Das sind die selbstständige Schaffung des Wissens, die selbstständige Bestimmung, wann das Wissen angewandt wird, und die selbstständige Festsetzung der Entlohnung (vgl. Unschuld, 2014, S. 89). Die Situation in unseren Gesellschaften sieht, ungeachtet nationaler Abweichungen im Detail, in westlichen Industrienationen überall gleich aus: Die Ärzte sind nicht mehr vorrangig an der Schaffung medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Wissens beteiligt. Molekularbiologen sind heute für den Fortschritt des theoretischen Wissens zuständig; deren Interesse ist nicht so sehr der individuelle Kranke, den der Arzt behandelt, sondern ein Wissen, das im besten Fall zum Nobelpreis führt (vgl. Unschuld, 2014, S. 90). Die Ärzte sind zudem zunehmend davon abhängig, in welche Richtung die pharmazeutische und medizinisch-technische Industrie das klinisch anzuwendende Wissen entwickeln. Die Entwicklung geht dorthin, wo die größte Rendite zu erwarten ist. Dort, wo keine Rendite zu erwarten ist, findet auch keine Entwicklung statt.

Da die diagnostische und therapeutische Technik und somit auch das bauliche Umfeld, in dem Medizin stattfindet, zunehmend kostenintensiver werden, besagt das auch, dass der einzelne Arzt von einem kommunalen oder neuerdings verstärkt privatwirtschaftlichen Investor abhängig ist. Dieser bestimmt, was angeschafft wird, wo und wann es angewandt wird. Die Ärzte sind somit nicht mehr vorrangig für die Entscheidung zuständig, wann und an wen sie ihr Wissen anwenden dürfen. Dafür sind Deckelungspolitiker, Krankenkassenstatistiker und kaufmännische Direktoren von Krankenhäusern oder Investoren zuständig, und gerne auch der von der Werbung informierte Patient (vgl. Unschuld, 2014, S. 145). In Deutschland hat man die Werbung für rezeptpflichtige Medikamente auch in nicht ärztlichen Medien freigegeben. Hier steckt der politische Grund dahinter, dass damit Patienten beeinflusst werden können, Druck auf ihre Ärzte auszuüben, ein bestimmtes Medikament zu verordnen. Das Bild von Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner ist ein schönes, aber unrealistisches Bild und dient im Wesentlichen der Verschleierung der offenbar politisch erwünschten zunehmenden Entmündigung der Ärzteschaft auch ihren Patienten gegenüber (vgl. Unschuld, 2009). Den Schritt in dieser Richtung haben die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) in Deutschland mit ihrer Anregung, einen „Ärzte-TÜV" seitens der Patienten einzuführen, angestoßen. Patienten sollen ihre Ärzte bewerten und dies im Internet kundtun. Damit wird ein erhebliches Kennzeichen eines Standesberufs, also einer hoch professionalisierten Berufsgruppe, abgeschafft, nämlich die Bewertung der Tätigkeit der betreffenden Berufsgruppe durch sich selbst, in diesem Falle durch Kollegen. Patienten, also Laien, können in der Regel nur das Ergebnis bewerten; der Fachmann allein kann die Durchführung bewerten. Mit der Einführung dieser Patientenbewertung schaffen die Krankenkassen eine Atmosphäre, wie sie etwa in der Autowerkstatt gang und gäbe ist; das Ziel, die Entmündigung der Ärzteschaft, ist eindeutig.

Schließlich ist festzustellen, dass die Ärzte auch erheblich an Einfluss im Hinblick auf die Entlohnung ihrer Dienste verloren haben. Auch dafür sind heute die genannten Gruppierungen zuständig.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ärzteschaft auf der Skala der Professionalisierung einen Höhepunkt überschritten hat und in vieler Hinsicht einen Verlust an Selbstständigkeit hinnehmen muss. Ein mangelndes historisches Bewusstsein auf Seiten der Ärzte mag dazu beitragen, dass dieser Vorgang problemlos abläuft, sieht man einmal von den ebenso hilf- wie wirkungslosen Protesten einiger Gruppierungen ab, die sich mit Plakaten gegen den Geist der Zeit stemmen. Indem die jungen Ärzte kein Gefühl mehr für die Voraussetzungen eines „Standesberufs" haben, tragen sie auch selbst zu dem gesellschaftlichen Niedergang ihrer Berufsgruppe bei.

Der Preis, den die Gesellschaft für diese Entwicklung zahlen muss, ist nicht absehbar. Es ist verständlich, dass sich Vertreter mancher Berufsgruppen wie etwa Juristen und Ökonomen im Rahmen der sozialen Imagekonkurrenz dafür einsetzen, dass der Arztberuf seine herausragende Stellung verliert und ein „normaler" Beruf wird. Es ist auch nicht zu übersehen, dass selbst nicht wenige der nachrückenden Ärzte, mangels entsprechender Hinweise im Verlauf ihrer Ausbildung, sich nicht der Besonderheit der Arzt-Patienten-Beziehungen bewusst sind, und ihre Tätigkeit als „einen Job" ansehen. Sie haben keine Gelegenheit mehr wahrzunehmen, dass man dem Juristen einen Rechtsstreit und dem Ökonomen sein Bankkonto, dem Arzt aber seine oder seiner Lieben Gesundheit und physisches wie geistiges Wohlergehen anvertraut. Das verlangt eine besondere Vertrauensbasis, die der Umgang mit etwa einem Juristen oder Ökonomen niemals erfordert und auch nicht erreichen wird. Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient werden entindividualisiert und zunehmend auf eine rein kommerzielle und juristische Grundlage gestellt. Das Fundament ist nicht das Vertrauen, das die Öffentlichkeit der Berufsgruppe der Ärzte ungeachtet mancher Zweifel insgesamt entgegenbrachte. Diese Entwicklung führt zu einer Situation, in der die berechtigten Ängste der Menschen, ob diejenigen, die die Macht über ihr Leben und ihre Gesundheit haben, damit auch auf moralisch höchst anspruchsvolle Weise umgehen, möglicherweise neue Verhaltensweisen hervorbringen, die wir noch gar nicht abschätzen können.

Literatur

Austin, M. J. (1978). *Professionals and Paraprofessionals.* New York: Human Sciences Press.

Carr-Saunders, A. M./Wilson, P. A. (1933). *The Professions.* Oxford: Clarendon Press.

Etzioni, A. (Hrsg.) (1969). *The Semi-Professions and their Organization – Teachers, Nurses, Social Workers.* New York.

Siegrist, J. (2012). *Die ärztliche Rolle im Wandel.* Bundegesundheitsblatt, 55 (09), S. 1100–1105.

Unschuld, P. U. (1978). *Professionalisierung und ihre Folgen.* In: Schipperges, H./Seidler, E./Unschuld, P. U. (Hrsg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung. Freiburg i. Br.: Karl Alber, S. 517–555.

Unschuld, P. U. (2001/2002). *Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Von der Triebfeder zum Getriebenen.* In: Bundesärztekammer (Hrsg.): Fortschritt und Fortbildung in der Medizin 25, Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 13–23.

Unschuld, P. U. (2009). *Ware Gesundheit. Das Ende der Klassischen Medizin.* München: C. H. Beck.

Unschuld, P. U. (2014). *Ware Gesundheit. Das Ende der Klassischen Medizin.* 3., akt. u. erw. Auflage, München: C. H. Beck.

Autoren

Dr. Gertrud M. Ayerle

Hebamme und Krankenschwester; Bachelor- und Masterstudium an der Catholic University of America (CUA) in Washington DC; Promotion 2009 an der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg; seit 2004 Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in der Lehre und Hebammenforschung; seit 2012 stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi).

Prof. Dr. Johann Behrens

Studium der Volkswirtschaftslehre, Philosophie, Soziologie und Sozialmedizin; Dipl.-Soziologe; 1998 Gründungsdirektor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2014 a. D.

Katrin Beutner

Physiotherapeutin; Dipl.-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin; wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, tätig in Lehre und Forschung.

Prof. Dr. Heinrich Bollinger

Studium der Soziologie und Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München; nach Abschluss als Dipl.-Soziologe und der Ärztlichen Vorprüfung Tätigkeit am SFB Universität München mit inhaltlichen Schwerpunkten im Bereich der Gesundheitsberufe. Dissertation zur „Professionalisierung des Ärztestandes im 19. Jahrhundert in subjektorientierter Perspektive"; Berufung 1992 an die Hochschule Fulda. Gründungsdekan des Fachbereichs Pflege & Gesundheit; seit über zehn Jahren Dekan des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften an der Hochschule Fulda; Mitglied des Erweiterten Präsidiums; Forschungsschwerpunkte: Arbeit, Beruf, Gesundheit.

Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann

Studium für das Lehramt an berufsbildenden Schulen, berufliche Fachrichtung Gesundheit und Unterrichtsfach Biologie; wissenschaftlicher Angestellter im Fachgebiet Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Universität Osnabrück; Promotion zum Dr. rer. medic im Fachgebiet Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Universität Osnabrück; Post Doc in der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung und

Lehre; Vertretung der Professur „Pädagogik, insb. Berufspädagogik der Gesundheitsberufe und Pädagogische Psychologie“ 2002 bis 2009 an der Fachhochschule Bielefeld; 2009 Berufung auf die Professur „Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Berufspädagogik, Didaktik der beruflichen Bildung unter pflegepädagogischer und pflegewissenschaftlicher Perspektive“, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege an der Hochschule Esslingen.

Prof. Dr. Bernhard Borgetto

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Lehrgebiet Gesundheitswissenschaften; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsselbsthilfe, Medizin- und Gesundheitssoziologie/-psychologie, Berufs- und Professionssoziologie, Therapie- und Versorgungsforschung, Bildungsforschung im Bereich Gesundheitsberufe, Evidenzbasierte Praxis – Partizipative Entscheidungsfindung, (Weiter-)Entwicklung von Forschungsmethoden und Datenerhebungsinstrumenten.

Christoph Bräutigam

Dipl.-Pflegewissenschaftler; Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität, Arbeitsschwerpunkte: Professionalisierung der Pflege, Arbeitsgestaltung und Qualifizierung, Intra- und interprofessionelle Kooperation, Beratung in der Pflege

Gerd Dielmann

Dipl.-Pädagoge; Krankenpfleger; Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Marburg; Abteilungsgeschäftsführer des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV; 1984 bis 1999 Leiter des ÖTV-Fortbildungsinstituts für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesens in Duisburg; 1999 bis 2012 Gewerkschaftssekretär, Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe und Bereichsleiter Berufspolitik im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) Bundesverwaltung in Berlin; Gründungs- und langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; Mitherausgeber der Zeitschrift Pflege und Gesellschaft bis 2012; derzeit in der Freiphase der Altersteilzeit.

Dr. Adina Dreier

Dipl.-Pflegewirtin (FH); Master of Science (Public Health and Administration); seit 2006 Tätigkeit am Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Univer-

sitätsmedizin Greifswald; Arbeitsschwerpunkt: Entwicklung neuer Versorgungs- und Qualifikationsansätzen für die pflegerische Profession; Promotion 2012 über das Thema Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz; derzeit Leitung des Forschungsbereichs „ Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen/Qualifikation“ am Institut für Community Medicine und Leitung der Arbeitsgruppe „Care Management and Qualification“ am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald.

Michaela Evans

Dipl.-Sozialwissenschaftlerin; Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Technik (IAT). Dort Leitung des Projektbereichs „Arbeit und Qualifizierung“ des Forschungsschwerpunkts „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“. Zuvor Tätigkeit u. a. am ZIG (Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL) in Bielefeld; Arbeits- und Forschungsschwerpunkt: Arbeitsgestaltung und Qualifizierung im Gesundheitswesen (z. B. Arbeitsreport Krankenhaus – was sagen die Beschäftigten?).

Prof. Dr. Michael Ewers

Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik der Charité – Universitätsmedizin Berlin; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte u. a. (ambulante) Schwerkrankenversorgung (Palliative Care / High-Tech Home Care), Strategien der Fall- und Versorgungssteuerung (Case Management / Care Management), edukative Aufgaben der Gesundheitsprofessionen (Information, Beratung und Anleitung) sowie deren Qualifizierung und Professionalisierung und damit verbundene Themen (Akademisierung, Klinische Kompetenzentwicklung, Interprofessional Education etc.).

Univ.-Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner

Studium der Sozialwissenschaften; Promotion in Klinischer Psychologie; langjährige Tätigkeit als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen für traumatisierte Frauen und Kinder sowie in eigener Praxis; seit 2006 Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice-Salomon-University of Applied Sciences in Berlin; seit 2012 Zentrumsleitung des Zentrums für Psychotherapie und Psychosoziale Interventionen und den Forschungsbereich Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems; Forschungsgebiete: Biopsychosoziale Diagnostik, Beratung und Therapie, Psychosoziale Traumatologie, Genderforschung und qualitative Forschungsmethoden.

Dr. Anke Gerlach

Pflegestudium an der Hochschule Fulda; Dipl.-Pflegewirtin. Abschluss des Masterstudiums Public Health an der Universität Bielefeld 2004; Promotionsprojekt zur „Professionellen Identität von akademisch qualifizierten Pflegenden"; parallel zur Promotion Tätigkeit seit 2003 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fulda, im Hessischen Sozialministerium und am Deutschen Institut zur Weiterbildung für Technologen/innen und Analytiker/innen e.V. (DIW-MTA) in Berlin; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Akademisierung, Identität, Qualifikation und Evaluation im Berufsfeld Gesundheit.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Studium der Medizin an den Universitäten Bonn und Göttingen; von 1992 bis 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS); seit 2004 Professor für Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald; seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald; Standortsprecher des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung e.V. (DNVF).

Sabine Homeyer

Physiotherapeutin; Bachelor sowie Master of Science in Gesundheitswissenschaften; Tätigkeit in der pflegerischen Fort- und Weiterbildung; seit 2010 Tätigkeit an der Universitätsmedizin Greifswald; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: individualisierte Medizin und die Entwicklung von gemeinsamen Lehrangeboten von Medizin- und Pflegestudierenden.

Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt

Universität Trier, Fach Sozialpädagogik/Sozialarbeit; Mitarbeit in der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts; Mitarbeit im Graduiertenkolleg Transnational Social Support; Arbeitsschwerpunkte: Gesundheit und Soziale Arbeit, Internationale soziale Arbeit, Lebensalter und Soziale Arbeit.

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Igl

Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht; Geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Die wissenschaftliche Befassung in jüngerer Zeit bezieht sich schwerpunktmäßig auf das Gesundheitsrecht (hier insbesondere das

Pflegerecht, das Beruferecht und das Recht der Qualitätserstellung; Gesundheitsrecht), das Recht der älteren Menschen, das europäische Sozialrecht (Kommentierungen zu den Familienleistungen, zur Sozialhilfe, zu den Ausbildungsbeihilfen) und das Recht der Gesundheitsberufe. Hinzuweisen ist auch auf den von Prof. Dr. Igl initiierten Dissertationsverbund „Innovatives Gesundheitsrecht", der von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird.

Dr. Karl Kälble

Studium der Soziologie, Politik- und Erziehungswissenschaft an der Universiät Freiburg, 2002 DFG-Forschungsstipendium zum Thema „Wandel und Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland", 2002 „Landeslehrpreis Baden-Württemberg, Fachhochschulen" für ein gemeinsam entwickeltes und erprobtes Unterrichtsprojekt zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen. Seit 2004 Mitarbeiter der AHPGS Akkreditierung gGmbH in Freiburg. Von 2009 bis 2012 Mitglied im Projektbeirat des BMBF-Forschungsprojekts „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich" (GesinE) an der Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.

Dr. Peter Kalkowski

Soziologe; Wissenschaftler am Soziologischen Forschungsinstitut an der Georg-August-Universität Göttingen; Forschungsarbeiten zur Entwicklung von Organisationen und Institutionen, der Organisation von Projektarbeit und der Herausbildung von Professionen.

Kathleen Karge

Medizinisch-technische Radiologieassistentin; Dipl.-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin; 2010 bis2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; absolviert aktuell den Vorbereitungsdienst für das Lehramt an Berufsbildenden Schulen

Dr. Mirjam Körner

Dipl.-Psychologin; Diplom Betriebswirtin (BA); abgeschlossene Weiterbildung zur Systemischen Beratung und Therapie; 2003 bis 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen in Karlsruhe; seit 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Albert-Ludwigs Universität Freiburg; Forschungsschwerpunkte: Patientenzentrierte Versorgung, Behandler-Patient-

Interaktion, partizipative Entscheidungsfindung, Teamarbeit, Teamentwicklung, Interprofessionalität, Organisationales Verhalten, Entwicklung und Evaluation von Trainingsprogrammen und Patientensicherheit; Mitglied des erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie; Leitung der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung; Leitung eines wissenschaftlichen Netzwerks „Organisationales Verhalten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Theoretische Ansätze, Methoden und Ergebnisse".

Dr. Eva-Maria Krampe

Soziologin; Ende der 1980er und während der 1990er Verlagsleiterin des DBfK-Verlags und Chefredakteurin der Zeitschrift „Pflege aktuell"; seit Ende der 1980er Redakteurin der Monatszeitschrift links; seit Mitte der 1990er Lehraufträge in verschiedenen Pflegestudiengängen an den Fachhochschulen Frankfurt am Main, Darmstadt und Ludwigshafen; gegenwärtig Referentin für Qualitätsmanagement an der Frankfurt University of Applied Sciences.

Prof. Dr. Margarete Landenberger

seit 1998 Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaft am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Forschungsschwerpunkte u. a.: Evidence-basiertes Berufshandeln,Gesundheitssysteme und Professionsentwicklung im internationalen Vergleich

Dr. Britta Lang

Promotion 1997 in den klassischen Altertumswissenschaften, 2006 Masterabschluss in „Science Communciation" an der Open University, UK; seit 1999 wissenschaftliche Mitarbeiterin am deutschen Cochrane Zentrum, Arbeitsbereiche: Methodik der evidenzbasierten Patienteninformation und „knowledge transfer". Beteiligung an der Entwicklung eines Manuals zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen in Deutschland sowie an der Entwicklung des Konsensus Papiers „Gute Praxis Gesundheitsinformation";. Dozentin für Seminare zur Informationsrecherche und -bewertung mit Schwerpunkt Internet für Selbsthilfegruppen; Mitglied des Cochrane Consumer Network; von 2003 bis 2011 Co-Sprecherin des Fachbereichs Patienteninformation und -beteiligung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.

Prof. Dr. Ralf Lankau

Grafiker, Philologe und Kunstpädagoge. seit 1985 Tätigkeit in der Lehre von Gestaltungstechniken mit analogen und digitalen Techniken; seit 2002 als Professor für Mediengestaltung und Medientheorie an der Hochschule Offenburg; Leitung der grafik.werkstatt an der Fakultät Medien und Informationswesen; Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: ‚Experimentelle Medienproduktion in Kunst, Lehre und Wissenschaft‘, Design, Kommunikationswissenschaft und (Medien-)Pädagogik.

Dr. Yvonne Lehmann

Krankenschwester; Dipl.-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin; 2007-2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, derzeit am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Prof. Dr. Roman F. Oppermann

Dipl.-Betriebswirt (FH); LL.M. Wirtschaftsrecht.; M. A. Management, Lehrer für Pflegeberufe und Krankenpfleger; seit 1999 Professor für Krankenhaus-Betriebswirtschaftslehre am Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg.

Dr. Gerd Paul

Dipl.-Soziologe; Wissenschaftler am Soziologischen Forschungsinstitut an der Georg-August-Universität Göttingen in der empirischen Forschung; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Industrie- und Techniksoziologie, Veränderungen in Arbeit und Beruf und neue Dienstleistungen.

Prof. Dr. Johanne Pundt

Studium der Soziologie, Politikwissenschaften und Ethnologie an der FU Berlin sowie Master-Studiengang Public Health und Dissertation an der TU Berlin; wissenschaftliche Tätigkeiten an der TU Berlin und Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; seit 2009 Dekanin Gesundheitswirtschaft an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen.

Dr. Hagen Rogalski

Krankenpfleger; Studium an der Hochschule Neubrandenburg des Diplomstudiengang „Pflege und Gesundheit“ sowie des Masterstudiengangs „Pflegewissenschaft/Pflegemanagement“; Berufliche Tätigkeit dort ‚seit 2002; Arbeits- und Forschungschwerpunkte: Erforschung und Entwicklung neuer Qua-

lifizierungsmodellen in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Promotion in 2010 zum Thema Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen an der Universitätsmedizin Greifswald.

Dr. Ulrich Stößel

von 1979 bis 2014 als Akademischer Oberrat im Bereich Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Lehre, Forschung und Fortbildung tätig; daneben langjähriges Vorstandsmitglied in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und zeitweilig kommissarischer Leiter der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften; Mitarbeit in einem laufenden Lehrprojekt zur interprofessionellen Ausbildung in Medizin, Pflege und Physiotherapie an der Universität Freiburg; zurzeit noch als einer von zwei wissenschaftlichen Leitern der Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS).

Prof. Dr. Ursula Streckeisen

Soziologin; Studium an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt/M. und an der Université René Descartes/Sorbonne Paris; Promotion und Habilitation an der Universität Bern; 2001 Professurvertretung an der Freien Universität Berlin; anschließend Professorin an der Pädagogischen Hochschule Bern bis zur Altersgrenze (2013); Tätigkeit als Privatdozentin an der Universität Bern; Mitglied der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms ‚Lebensende' des Schweizerischen Nationalfonds; assoziierte Forscherin der Pädagogischen Hochschule Bern; Arbeitsschwerpunkte: Professions- und Berufssoziologie, Medizin- und Gesundheitssoziologie, kultursoziologisch orientierte Bildungsforschung sowie Thanatosoziologie.

Prof. Dr. Dr. Dr. Paul U. Unschuld

Sinologe und Medizinhistoriker, seit 2006 Direktor des Horst-Görtz-Stiftungsinstituts für Theorie, Geschichte und Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften am Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité-Universitätsmedizin Berlin;. er studierte Pharmazie, Sinologie und Politische Wissenschaften in München sowie Public Health in Baltimore/USA. Seine Arbeitsschwerpunkte. Vergleichende Geschichte der Medizin in China und Europa, Übersetzungen antiker chinesischer Medizintexte, Ethik in der Medizin, Gesundheitspolitik und Public Health. Sein aktuelles Buch «Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin», ist 2014 in der dritten, aktualisierten und erweiterten Auflage erschienen und setzt sich gesellschaftskritisch mit einem vor allem ökonomisch ausgerichteten Gesundheitssystem auseinander.

Prof. Dr. Werner Vogd

seit 2008 Professor für Soziologie an der Fakultät für Kulturreflexion Universität Witten/Herdecke; vorher Dozent bzw. wissenschaftlicher Mitarbeiter an der LMU München, FU-Berlin, HU-Berlin, Universität Ulm; Arbeitsschwerpunkte: Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung, Organisation und Entscheidungsprozesse, Medizinsoziologie, Religionssoziologie. aktuell Tätigkeit im Rahmen der DFG-Projekte „Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement“ und „Buddhismus im Westen“.

Dr. Sebastian Voigt-Radloff

PhD, EuMSc, Ergotherapeut; von 2002 bis 2004 Studium zum European Master of Science in den Niederlanden, Großbritannien, Dänemark und Schweden; von 2008 bis 2011 Promotion an der Radboud Universität in Nijmegen, Niederlande im Fach Medical Sciences; derzeit Tätigkeit am Universitätsklinikum Freiburg im Geriatriezentrum und im Deutschen Cochrane Zentrum als Studienmanager für multizentrische Studien und als Koordinator für den Ausbau von Forschungsaktivitäten in den Gesundheitsfachberufen; Mitherausgeber der Fachzeitschrift „ergoscience“; Gutachter für Förderorganisationen und internationale Fachjournale; von 2010 bis 2012 Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrats.

Prof. Dr. Birgit Vosseler

Krankenschwester und OP-Fachkrankenschwester; Studium Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster und Pflegewissenschaft an der San Jose State University, CA/USA; Fünf Jahre Pflegekoordinatorin im Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Sport und Gesundheitsförderung der TU München; 2005 Promotion an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; seit 2005 Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule Ravensburg-Weingarten und Studiendekanin des Bachelorstudiengangs Pflegepädagogik; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pflegeforschung, pflegerische Handlungskonzepte, Wissenschaftstheorie, Curriculumsentwicklung, Case-Management, Projektmanagement und betriebliches Gesundheitsmanagement.

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Sachwortverzeichnis

H